Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 3 lipca 1886. **№ 27.** Rok XXV.

I. Z oddziału i kliniki prof. Madurowicza w Krakowie.

Przypadek wyleczenia torbiela jajnikowego po nakłuciu; drugi, po dobrowolném pęknięciu.

Podał Dr. Jan Rosner,
asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj.

Wykładem niniejszym nie zamierzam wcale, jakby się to wydawać mogło, występować przeciw doszczętnéj operacyi torbieli jajników, która dzięki antyseptyce, ulepszonéj i ciągle ulepszanéj technice operacyjnéj, zyskała już powszechne prawo obywatelstwa nawet w przypadkach takich, w których dawniéj najodważniejszego odwaga opuszczała i nóż mu z ręki wytrącała. Każdy nieuprzedzony przyznać jednak musi, że i dziś jeszcze zajść mogą pewne okoliczności, które ów zbawienny rękoczyn, jakim jest owaryjotomija, usuwają na plan drugi, a natomiast każą powracać do dawnego, palijatywnego środka, jakim jest nakłucie torbiela przez powłoki brzuszne. Zasady powyższéj gorąco bronił Spencer Wells na posiedzeniu sekcyi ginekologicznéj w Kopenhadze w r. 1884, stając w sprzeczności z Knowsleyem Thorntonem, który w wykładzie o owaryjotomii gorąco przemawiał przeciwko punkcyi, utrzymując, co już zresztą poprzednio i inni, a mianowicie Stilling udowadniał, że punkcyja torbieli jest zbrodnią, wytwarza bowiem niebezpieczeństwa dla późniéj przedsiębrać się mającéj operacyi doszczętnéj. Na poparcie zdania Spencer Wellsa przytoczył w tymże samym roku Singer, operator z Miskolcza (*Wiener med. Presse*, 1884, Nr. 44), przypadek z praktyki prywatnéj, dowodzący, że twierdzenie kategoryczne Thorntona jest nieuzasadnione i że na odwrót zaniechanie punkcyi w pewnych razach stanowczym byłoby błędem.

Przypadek Singera, który w krótkości przytoczę, dotyczył panienki w kwiecie wieku, u któréj torbiel jajnika w przeciągu krótkiego czasu znaczne osiągnął rozmiary i u któréj rodzice żadną miarą na operacyję doszczętną zgodzić się nie chcieli. Gdy po 6 miesiącach wystąpiły objawy groźne ze strony przewodu pokarmowego i odżywienie podupadło a rodzice pomimo przedstawień na operacyję radykalną zgodzić się nie chcieli, wykonał Singer punkcyję obrzęku przez powłoki brzuszne, poczém cierpienie nie powtórzyło się pomimo przeciwnych zapewnień operatora, a w 1½ roku po operacyi nie było nawet śladu tegoż.

Nim przypadek powyższy był mi znany, zamierzałem opisać podobny, nie jako rzecz niebywałą ale w każdym razie budzącą ciekawość a wstrzymywał mnie od tego jedynie zamiar jak najpóźniejszego ogłoszenia, aby w ten sposób uwolnić się od możliwych zarzutów. Obecnie po 4ch latach niechaj mi będzie wolno wypowiedzieć również słów kilka w obronie punkcyi dziś powszechnie prawie porzuconéj i to z nadmienieniem, że w poczet jéj gorących zwolenników wcale się nie liczę.

Przypadek, w którym nakłucie torbiela i wypuszczenie treści dobre oddało mi usługi, a w którym nadto było ono jedynym sposobem wyjścia, był następujący:

W sierpniu r. 1882, t. j. w czasie, w którym w zastępstwie prof. Madurowicza kierowałem w szpitalu św. Łazarza oddziałem położniczo-ginekologicznym, przywieziona została na tenże oddział p. E. M., lat 40 licząca, zamężna z okolic Krakowa. Z anamnezy dowiedziano się, że regularność pojawiała się w odstępach czasu nierównych, a mianowicie co 2, 3 lub 4 tygodnie. Dawniéj trwała zazwyczaj dni 9 a obecnie od lat kilku dni 6. W młodości towarzyszyły jéj boleści, na jakie w ostatnich czasach uskarżać się nie może. Przed 12 laty chorowała przez 6 miesięcy na znaczne wzdęcie żywota, brak regularności i napady drgawek, objawy, które bez leczenia ustąpiły. Nie rodziła, poroniła raz jeden przed 17 laty w 2gim miesiącu ciąży. Początku obecnéj choroby podać nie umie. Uskarża się na nadmierne powiększenie i bóle brzucha, duszność, parcie i pieczenie przy oddawaniu moczu, zaparcie żywota a obok tego na

znaczny upadek sił, częste napady dreszczów z następową gorączką.

Przy badaniu wykazano stan odżywienia lichy, wychudnienie znaczne, wejrzenie anemiczne, a co najgłówniejsza upadek sił do tego stopnia, że chora o własnéj mocy poruszać się nie może. Tętno przyspieszone, drobne, nitkowate; ciepłota ciała podwyższona. Duszność znaczna zmusza chorą do zajmowania pozycyi na pół leżącéj. Odnogi dolne, zwłaszcza téż lewa, opuchnięte, bolesne przy dotyku. Brzuch nadmiernie powiększony, bolesny; powłoki chude, silnie napięte, gładkie, tu i owdzie widoczne świeże rozstępy skóry. Przez obmacanie stwierdzić można w jamie brzusznéj obrzęk wielkości macicy w końcu ciąży, silnie napięty, ruchomy, o powierzchni gładkiéj i granicach wyraźnych po stronie lewéj od góry. Odgłos wypukowy nad obrzękiem czczy; w okolicy lędźwiowéj lewéj i podżebrowéj po téj saméj stronie bębenkowy. Chełbotanie w obrzęku wszędzie bardzo wyraźne. Badanie wewnętrzne wykazało macicę prawidłową a sklepienie przednie wypuklone przez dolny odcinek obrzęku brzusznego. Na podstawie powyższych danych rozpoznano torbiel jajnika a ze względu na niezmierne osłabienie choréj, stan gorączkowy, i bolesność brzucha postanowiono po naradzie odbytéj z kilku kolegami wstrzymać się z owaryjotomiją i na razie ograniczyć się do ratowania choréj punkcyją obrzęku przez powłoki brzuszne. Rękoczyn wykonano po stronie prawéj w miejscu zwykłém, przyczém z początku wydobywała się ciecz brunatnawa, lepka, późniéj z ropą pomięszana, a w końcu prawie ropa czysta. Jamę torbiela wypróżniono do ostatniéj kropli, przyczém wyraźnie wykazać się dało zmniejszanie się i obniżanie ścian dość grubych obrzęku ku pachwinie prawéj, nad którą po skończonéj operacyi wybadano guz wielkości dobréj pięści, pochodzący od ścian zapadłych torbiela. Po operacyi zalecono choréj jak największy spokój, stosowanie okładów wysychających na brzuch a przedewszystkiém środki wzmacniające. W krótkim stosunkowo czasie stan ogólny polepszył się widocznie, bolesność brzucha, gorączka i puchlina odnóg ustąpiły i chora mogła wstać z łóżka. Przy wyjściu ze szpitala, w 3 tygodnie po operacyi, wybadano jeszcze nad pachwiną prawą guz wielkości pomarańczy, twardy, mało ruchomy, niebolesny, wychodzący z miednicy małéj, którego odcinek dolny wybadalny przez sklepienie prawe. Dzisiaj, po 4ch latach prawie, osoba ta zajmuje się skrzętnie gospodarstwem, czuje się zdrową a badana przed niedawnym czasem przez kol. Kwaśnickiego śladów guza brzusznego nie okazuje. Nie świadczy to jeszcze niewątpliwie o zupełném wyleczeniu, boć znane są przypadki, gdzie bardzo póżno po punkcyi torbiel na nowo napełniać się zaczął i tak po 11 i 7 latach (Atlee), po 4 (Nott), z wielkiém jednak prawdopodobieństwem przypuszczać pozwala, że recydywa nie nastąpi.

Przypadków uleczenia torbieli jajników za pomocą punkcyi znanych jest sporo a Olshausen *(Handbuch der allg. u. spec. Chirurgie)* przytacza szczegółowo dwadzieścia kilka dokonanych z pomyślnym skutkiem jużto przez powłoki brzuszne (Atlee, Sp. Wells, Southam, Panas itd.) jużtéż przez ściany pochwy (Olshausen, Clay, Sp. Wells, Récamier i inni). Wyleczenie następowało częściéj po punkcyi jednorazowéj, rzadziéj po kilkakrotnie powtarzanéj, łatwiéj w razach tych, gdzie miano do czynienia z torbielem małym, jednokomorowym i gdzie treść jego była wodnistą, ubogą w białko (torbiele przyjajnikowe itp.). Obok najprawdopodobniejszego uleczenia w przypadku opisanym zasługuje na wzmiankę jeszcze jedna okoliczność, która w ogóle nie często musi się zdarzać. Jak wiadomo, treść torbieli jednokomorowych w klinicznem słowa tego znaczeniu w nader tylko rzadkich przypadkach bywa ropną (o torbielach skórzakowych nic ma tu mowy). Obecność ropy tłumaczą zapaleniem wywołaném poprzedniemi punkcyjami lub sposobem mechanicznym (ucisk, skręcenie szypułki), a ostatni sposób tłumaczenia należy również odnieść do naszego przypadku, obrzęku bowiem, jak świadczy anamneza, nigdy poprzednio nie nakłuwano. Ropienie należy tedy w danym razie tłumaczyć rozpoczynającym stanem zapalnym ścian torbiela z następowém zapaleniem otrzewny. Czy kolejność nie była odwrotną, rozstrzygnąć nie umiem. Na to jedynie chcę zwrócić uwagę, że nakłucie torbiela w takich właśnie warunkach nie dawało wyniku pomyślnego a przynajmniéj w literaturze dostępnéj przykładu nie napotkałem. Że zapalenie ścian torbiela korzystnie wpłynąć mogło na ich zwiędnienie, przeistoczenie i wessanie po wydaleniu treści, przypuszczam.

Co się tyczy wskazań do punkcyi torbieli w celach leczniczych przez powłoki brzuszne lub przez pochwę (przez odbytnicę dawno zaniechana) to gdy przed niezbyt dawnemi laty sposób ten prawie wyłącznie znajdowal zastosowanie w obec torbieli jajnikowych, dziś ilość wskazań do punkcyi jest nader małą (o punkcyi próbnéj nie mówimy tu wcale).

Stanowić je zaś będą: 1) Torbiele przyjajnikowe z treścią wodnisto-płynną a ścianami cienkiemi. Nadmienić tu należy, że rozpoznanie torbieli przyjajnikowych jako takich na rozliczne napotyka trudności a najczęściéj jest wprost niemożebném. Z tego téż względu torbiele te zazwyczaj usuwane bywają doszczętnie. W obec pewnego jednak rozpoznania przemawiają za punkcyją stanowczo Schatz i Gusserow a to na téj podstawie, że torbiele tego rodzaju wielką okazują skłonność do obliteracyi po wypuszczeniu z nich płynu. Na owaryjotomiję w takich razach dość czasu wtenczas, kiedy punkcyje nie doprowadzą do celu.

2) Torbiele jajnikowe, które tworzą obszerne, wykazać się dające zrosty z otoczeniem, mianowicie z dnem miednicy, a wtedy zupełnie nieruchome lub obrzęki podotrzewnowe, w którychto razach wynik owaryjotomii, pomimo najściśléj przeprowadzonéj antyseptyki i wszelakich innych ostrożności zawsze za wielce wątpliwy uważać należy. Istnieją wprawdzie dowody, że organizm ludzki wiele, bardzo wiele znieść może a okazało się to również namacalnie w 2 przypadkach torbieli jajnikowych niedawno doszczętnie *per laparotomiam* w klinice prof. Madurowicza operowanych, w których ściany torbieli z otrzewną powłok brzusznych jak najściśléj na całéj przestrzeni były pozrastane, a oprócz tego z wątrobą, jelitami i siecią mniéj lub więcéj obszerne tworzyły związki. W obu tych przypadkach po nader mozolném odłuszczeniu ścian obrzęku i przerwaniu zrostów, pozostała w otrzewnie zwłaszcza powłok, jedna duża, mniéj lub więcéj brocząca rana, tak że operujący i widzowie mimowoli zwątpić musieli o życiu chorych. Pomimo tak ciężkich warunków obie chore po niezbyt nawet długiéj rekonwalescencyi, przeplatanéj objawami niezbyt groźnemi, wyleczone klinikę opuściły. A nawet obecnie znajduje się w klinice rekonwalescentka, która w zupełnie podobnych warunkach operowana, okazywała idealny przebieg pooperacyjny. Nie szukając tedy przykładów w literaturze obcéj, a opierając się jedynie na doświadczeniu w domu nabytém, przyjść musimy do przekonania, że zrosty nawet bardzo obszerne, przeciwwskazania do operacyi doszczętnéj stanowić nie mogą.

3) Stan ogólny choréj tego rodzaju, że każe dla operacyi doszczętnéj jak najgorzéj rokować a wymaga ze względów na groźne objawy jużto ze strony płuc lub przewodu pokarmowego, ze strony nerek lub macicy ciężarnéj jak najszybszego zmniejszenia objętości torbiela. W ten sposób usunie znaczniejsze wycieńczenie sił choréj owaryjotomię na plan drugi, jak to właśnie w przypadku opisanym miało miejsce. Czy stan gorączkowy choréj w połączeniu z objawami innemi, zmuszający nas do spiesznego działania, nie powinienby dawać wyłącznie wskazania do punkcyi, rozstrzygnąć trudno, bo znane są przypadki, w których pomimo gorączki, podczas któréj wykonano operacyję doszczętną, wynik był pomyślny. Bezwarunkowo przemawiaćby należało za punkcyją w tych razach, gdzie objawy groźne zkądkolwiek pochodzące natychmiastowego wymagają zabiegu, a gdzie równocześnie istnieją objawy niewątpliwe zapalenia otrzewny, jak to np. w przypadku naszym z pewnością stwierdzić było można. Znane są jednak przykłady, w których pomimo zapalenia otrzewny, wśród którego operowano doszczętnie, wynik był pomyślny (Sp. Wells, Keith, Péan, Teale, Schröder).

4) Przypadki, w których chora na operacyję doszczętną zgodzić sią nie chce, a wskazaném jest z jakichkolwiek względów zmniejszenie objętości torbiela.

Przypadek drugi niemniejszą budzący ciekawość, który przy sposobności pokrótce opiszę, zdarzył się w klinice położniczo ginekologicznéj przed 10 laty. Dotyczył on młodéj choréj z torbielem jajnika lewego wielkości główki dziecka. Ponieważ owego czasu wyniki owaryjotomii nie były jeszcze tak świetne jak dzisiaj, a punkcyja była zabiegiem najczęściéj wykonywanym, przystąpił téż prof. Madurowicz do nakłucia torbiela za pomocą trójgrańca. Ponieważ obrzęk oka zywał znaczną ruchomość, zachodziła potrzeba ustalenia i przybliżenia go ku ścianie brzusznéj w kierunku miejsca dla punkcyi przeznaczonego. Podczas tych czynności przygotowawczych torbiel znikł nagle z rąk asystenta bez śladu. Nastąpiło tu pęknięcie ścian cienkich obrzęku i wylanie treści do jamy brzusznéj, gdzie ją perkusyją nad pachwiną lewą stwierdzono. Chora nie doznawała potém żadnych objawów nadzwyczajnych a nawet nie uskarżała się na ból a w następstwach późniejszych nie było również zapalenia ani nawet zadrażnienia otrzewny. W kilku dniach płyn został zupełnie wessany a przy wyjściu choréj z kliniki śladów obrzęku nie wykryto a i późniéj chora powyższa nigdy do kliniki się nie zgłosiła. Śmiało utrzymywać można, że torbiel w tym razie był przyjajnikowy, ponieważ tylko te torbiele miewają ściany tak cienkie, że po usunięciu z nich treści, śladu obrzęku wykazać nie można. Nie jestto jednakże regułą bez wyjątku. Przykładów dobrowolnego pęknięcia torbieli bez złych następstw napotykamy, zwłaszcza w dawniejszéj literaturze, nie mało, a w wielu razach nastąpiło w ten sposób wyleczenie. E. J. Tilt (*Lancet*, 1848) zestawił 34 przypadki, z których 20 miało przebieg pomyślny, w 4 nastąpiła recydywa a 10 zakończyło się śmiercią. Ten na owe czasy świetny rezultat po dobrowolnych pęknięciach wywołał nawet odrębną metodę operowania torbieli jajnikowych, wkrótce naturalnie porzuconą a polegającą na wypuszczeniu treści torbielowéj do jamy brzusznéj. W ten sposób operował Maisonneuve, Bonfils, Camus. Dobrowolne pęknięcie ścian torbiela wywołane być może różnemi przyczynami. I tak np. w przypadku Eagera wywołane ono zostało gwałtownemi ruchami tłoczni brzusznéj podczas wymiotów, w przypadku Carsona nastąpiło po skoknięciu, w przypadku Leberta po pośliznięciu. Nie mało znamy również przypadków, w których ciąża była przyczyną pęknięcia a ostatniemi czasy ogłosił Schauta (*Wien. med. Bl.*, 1882) przypadek pęknięcia torbiela w 2 po sobie następujących ciążach u jednego i tego samego indywiduum. Czasem już samo badanie wystarczało, aby pęknięcie wywołać. Przypuścić należy, że we wszystkich przypadkach, które zakończyły się uzdrowieniem, treść torbiela nie była ropną. Przymieszka krwi lub treść koloidowa nie stanowi według dzisiejszych zapatrywań niebezpieczeństwa dla otrzewny i łatwo wessaną być może.

II. Przyczynek do chirurgii narządu słuchowego Wycięcie młotka wraz z błoną bębenkową w t. zw. suchém zapaleniu jamy bębenkowéj.

Opisał Dr. Roman Barącz,
lekarz prakt. we Lwowie.
(Dokończenie. Patrz Nr. 26)

Pani P. ze Lwowa, mająca lat 51, zgłosiła się do mnie 8/2 br. użalając się na cierpienie szumu w obu uszach od 10 lat i na upośledzenie słuchu oraz zwiększenie szumu od 4 lat. Jako przyczynę tego swojego cierpienia uważa narażanie się dawniéj na częste przewiewy powietrza, przyczém nadmienia, że początkowo szum czasem ustawał, od 4 lat zaś jest trwałym. Od 6 miesięcy szum ciągle się wzmaga, osobliwie w uchu prawém; wieczorem jest on nadzwyczaj gwałtownym, tak że chora z obawą kładzie się spać; szum również wzmaga się, gdy chora znajduje się w liczniejszém towarzystwie, ma on być wówczas podobnym do szmeru gotującéj się wody. Prócz tego chora podaje, że radziła się już niejednego lekarza, że stósowano jéj już miejscowo różne środki, jak tusze powietrzne, wprowadzanie leków do trąbki Eustachego, pary salmiaku itp.; nadto prosi, czy nie możnaby pozbawić jéj uporczywego szumu w uchu prawém jakim zabiegiem operacyjnym, zwłaszcza że uważa w uchu prawém nieprawidłową zawadę i trzeszczenie przy nadymaniu się (doświadczenie Valsalvy). — Badanie wziernikiem ucha wykazuje stan następujący: przewód słuchowy zewnętrzny nie przedstawia zmian; błona bębenkowa prawa straciła połysk naturalny, jest więcéj biaława, w przednim zaś dolnym odcinku przedstawia podłużną pionowo ustawioną plamę siną prawie czarną, która podczas doświadczenia Valsalvy wydaje szmer trzeszczący i wydyma się; jestto prawdopodobnie zanikła część błony bębenkowéj, być zaś może ścieńczała blizna po dawniejszém przebiciu; szmer ten jest dla choréj bardzo nieprzyjemnym i podobnym do szmeru podczas łamania pręta tuż przy uchu. Młotek prawy w całości znacznie zgrubiały, przy użyciu lejka Siegla nieruchomy; błona bębenkowa lewa przedstawia się także na całéj przestrzeni ćmawą. Chora słyszy uchem lewém słowa wymawiane z odległości 1 metra, szept do ucha lewego słyszy niewyraźnie; głos uchem prawém na 6 metrów, szept na 1 metr. Po zastósowaniu tuszu powietrznego sposobem Politzera słuch poprawił się i głos słyszy chora uchem lewém na 4 metry, szept na $^1/_2$ metra; uchem prawém słyszy szept na 4 metry. Strojnika zwyczajnego (C) przyłożonego do kości czaszki w szwie strzałkowym nie słyszy; przyłożony do wyrostka sutkowego prawego słyszy słabo; przed uchem lewém nie słyszy; na wyrostku sutkowym lewym słyszy bardzo mało. Brzmienie strojnika słyszy lepiéj obu uszami na kości aniżeli koło uszu; a doświadczenie Rinnego daje obustronnie wynik ujemny.

Rozpoznanie brzmiało: *Sclerosis tympani utriusque praecipue dextri*; choroby równoczesnej błędnika w obec tego, że chora cierpiała czasem zawroty głowy, w obec upośledzenia przewodnictwa kostnego, pomimo ujemnego wyniku doświadczenia Rinnego, wykluczyć nie mogłem. W obec takiego rozpoznania wykonałem 8/2 br. zabieg najlżejszy, tj. paracentezę błony bębenkowej prawej, w zakresie opisanego miejsca sinawego; bezpośrednio po operacyi zastósowałem ostrożnie tusz powietrzny; chora doznała natychmiastowej ulgi, szum w uchu znacznie zmalał.

11/2 zastósowałem znów tusz powietrzny metodą Politzera, chcąc przeszkodzić w ten sposób zrośnięciu się brzegów rannych, co mi się jednak nie na długo udało.

13/2 wykonałem powtórnie paracentezę z powodu zrośnięcia się brzegów rany; szum w ostatnich dniach wzmógł się.

17/2 ranka niezabliźniona; badanie słuchu daje wyniki jak poprzednio; szum znacznie się zmniejszył; chora użala się na nieprzyjemne trzeszczenie w uchu operowaném podczas aktu łykania, co doświadczeniem Valsalvy sprawdzić można (szmer przy têm powstający jest podobny do łamiącego się papieru pergaminowego). Dla ulżenia chwilowego wstrzyknięto do jamy bębenkowej za pomocą zgłębnika usznego i strzykawki Pravaza kilka kropel 1% rozczynu węglanu sodowego i zaproponowano w celu usunięcia trzeszczenia w uchu i szumu na zawsze, operacyję doszczętnego wycięcia błony bębenkowej wraz z młotkiem, do której 6/3 rb. przystąpiono. Najpierw przestrzykano przewód słuchowy zewnętrzny silnym rozczynem kwasu borowego. Po dokładném oświetleniu błony bębenkowej, ustaleniu głowy, starano się znieczulić pole operacyjne 10% rozczynem kokainu za pomocą pędzla. Przystąpiono do tenotomii mięśnia napinającego bębenek, poprowadzono cięcie 6 mm. długie przed młotkiem równoległe do przedniego brzegu rękojeści tegoż, ranką tą wprowadzono sierpowaty guziczkiem zakończony tenotom z ostrzem odchodzącém pod kątem prostym (podany przez Dra Miota w Paryżu), postępując zresztą według wskazówek podanych przez Webera-Liela i Grubera i dokonawszy tenotomem obrotu 90° naokoło osi, przecięto wśród dość znacznego bólu ścięgno mięśnia. Po tym akcie operacyi chora zbladła, tętno jéj stało się nitkowatém i nastąpiły silne wymioty. Przypady te tłumaczyłem sobie zadrażnieniem układu nerwowego środkowego na drodze odruchowéj *(Chorda tympani)*. W skutek tych przypadów odstąpiono chwilowo od dalszego zabiegu i dokończono go dopiero 23 marca rb. Najpierw za pomocą lejka Siegła stwierdzono ruchomość błony bębenkowéj jako dowód uskutecznionéj tenotomii. Następnie dwoma cięciami pionowemi, połączonemi poprzeczném, okolono rękojeść młotka aż po nasadę, którą ujęto silniejszemi kleszczykami, ruchami wahającemi się od wewnątrz i góry ku dołowi i na zewnątrz skierowanemi, wydobyto młotek. Po zatamowaniu nieznacznego krwotoku watą i gazą jodoformową ujęto haczykiem ostrym resztki błony bębenkowéj i wycięto, starając się osobliwie wyciąć dolny tylny odcinek. Założono szczelny opatrunek jodoformowy. Chora po przebudzeniu czuła się dość swobodną, szum zupełnie ustał, słuch choréj jest jak przed operacyją. Obserwowałem chorą do niedawnego czasu; w pierwszych dniach po operacyi wystąpiła skąpa wydzielina śluzowo-ropna, która wnet ustąpiła; otwór w błonie bębenkowéj pozostał trwałym, słuch po operacyi wystąpił napowrót i trwale, chora jednak odtąd może sypiać swobodnie i czuje się w ogóle zdrowszą; nie ma od czasu operacyi zajęcia głowy i uczucia obecności ciała zbytecznego w uchu.

Zanim przystąpiłem do téj operacyi wykonałem ją około 10 razy na trupie i zbadałem dokładnie stosunki topograficzne za pomocą przekrojów dotyczącéj okolicy; bez uskutecznienia tego nie byłbym się ważył wykonać operacyję na żywym.

Statystyka téj operacyi jest jeszcze bardzo skąpą. Hartmann w dziele swojém „o chorobach uszu" (str. 193) wspomina tylko, „że wykonał kilka razy eksartykulacyję młotka, że w żadnym przypadku nie wynika ztąd dla chorego szkoda; w jednym z jego przypadków nadzwyczaj gwałtowne szmery, przeciw którym inne sposoby leczenia okazały się bezskutecznemi, znacznie się zmniejszyły, a znaczna głuchota na przeciąg roku polepszoną została; trwałego wyniku z operacyi można się spodziewać tylko ze względu na szmery". Najwięcéj chorych operował w ten sposób Lucae. Omawiając choroby błędnika w encyklopedyi Eulenburga (t. VIII, str. 11) dodaje on nawiasowo, że wykonał operacyję całkowitego wycięcia błony bębenkowéj wraz z młotkiem u 25 chorych; w żadnym z tych przypadków nie nastąpiło pogorszenie słuchu, u niektórych zaś chorych rzeczywiste polepszenie. Zauważył tylko u swoich chorych po operacyi wrażliwość na głośniejszy dźwięk przez czas dłuższy a do r. 1881 liczba chorych operowanych w ten sposób przez Lucaego przenosiła 40. Autor ten nie podał jednak wtedy żadnych szczegółów co do dalszego przebiegu tych przypadków (patrz *A. f. O.* t. XIX, s. 75). Dopiero w r. 1885 podaje (*A. f. O.* t. XXII, s. 233—242 i *Zeitschrift f. Ohrenheilk.* t. XVI, s. 72) sumarycznie wynik swoich operacyj wycięcia błony bębenkowéj w sklerozie. Najczęściéj operacyję wykonano u chorych ze zdolnością poczuwania wysokich tonów, ale także u takich, gdzie ona była upośledzoną albo zniesioną zawsze prawie przy ujemnym wyniku doświadczenia Rinnego (w jednym przypadku przy dodatnim wyniku tegoż doświadczenia). W całości Lucae wykonał operacyję tę 53 razy u 47 chorych, 6 razy obustronnie. W ogóle postępował przy wykonaniu téj operacyi podług techniki podanéj przez Kessla i Schwartzego, tylko do wydobycia młotka użył przyrządu własnego pomysłu kształtu litotryptora, którego ramionami ujmuje się szyję młotka jak tylko można wysoko; następnie ruchami działającemi na kształt dźwigni ku dołowi łatwo było wyważyć młotek wraz z błoną bębenkową. Z nieprzyjemnych wydarzeń podczas téj operacyi podaje L. czasem występujące uporczywe krwotoki z powodu silnych zrostów błony bębenkowéj z *promontorium*; 3 razy przemijające porażenia smaku odpowiedniéj strony języka z powodu zranienia struny bębenkowéj. Antyseptykę ściśle przeprowadzano karbolem i tamponowaniem gazą jodoformową. Zupełnie jednak aseptycznego przebiegu spodziewać się nie było można z powodu przystępu powietrza do rany przez trąbkę Eustachego. W wielu przypadkach powstawały ztąd objawy zapalne w postaci surowiczego zapalenia jamy bębenkowéj; w jednym przypadku nastąpiło zapalenie zewnętrznego przewodu słuchowego. W 30 przypadkach napotkano podczas operacyi znaczne zmiany: zgrubienia, zrosty błony bębenkowéj i kostek słuchowych, sklerozę ściany błędnika; w 23 przypadkach zmiany leżały bardzo głęboko albo téż krwotok przeszkodził dokładniejszemu ich zbadaniu. Wynik ze względu na polepszenie słuchu był względny: w 9 przypadkach zauważono znaczne,

w 19 nieznaczne polepszenie słuchu, w 18 przypadkach nie zauważono żadnéj zmiany, a w 7 nastąpiło pogorszenie. Polepszenie następowało zazwyczaj w przypadkach, gdzie ubytek błony bębenkowéj pozostał trwałym. Co się tyczy wpływu operacyi na szmery podmiotowe, to w 19 przypadkach zrobiono następujące spostrzeżenia: w jednym przypadku szum w uchu ustąpił zupełnie, w 7 przypadkach zmniejszył się, w 10 przypadkach nie uległ zmianie, w jednym przypadku szum zamienił się na nieprzyjemne dzwonienie wśród równoczesnego polepszenia słuchu. Wreszcie przytacza L. na końcu swéj rozprawy: „nie należy uważać téj operacyi za niebezpieczną, jeżeli zostanie przedsięwziętą i wykonaną klinicznie“.

Schwartze w wykładzie mianym na Zjeździe przyrodników i lekarzy w Magdeburgu w r. 1884 (patrz *A. f. O.* t. XXII, str. 128 i 129) opisał dokładnie swoją technikę operacyjną; wykonywał on tę operacyję przeważnie dla lepszego drenowania jamy bębenkowéj w obec ropień w uchu środkowém, od r. 1873 także w sklerozie; pod względem słuchu otrzymywał on zmienne wyniki; wpływ na szmery podmiotowe był zawsze korzystnym; „szum nigdy się nie powiększył, zazwyczaj zmniejszył się, a czasem zupełnie ustąpił“. W ogóle zauważył, że wycięcie błony bębenkowéj daje lepsze wyniki w obec ropień i następstw niż w zapaleniach ze sklerozą. W dziele swojém „o chirurgicznych chorobach uszu“ (l. c. str. 287—289) przytacza 6 przypadków ze swojéj praktyki, w których dokonał powyższéj operacyi; w 3 przypadkach wykonał ją dla ropienia z nieznaczném polepszeniem słuchu i trwałém wyleczeniem ropienia; w 3 innych przypadkach przedsiębrano operacyję dla sklerozy. Wyniki ze względu na słuch i szmery podmiotowe były następujące w ostatnich 3 przypadkach: w jednym szum ustąpił po operacyi zupełnie, w jednym znacznie się zmniejszył i występował tylko przemijająco, w jednym zaś szum pozostał w dawnéj mierze. W 2 przypadkach polepszenie słuchu trwało $^1/_2$ roku; z regeneracyją blizny wystąpiło przytępienie słuchu; w jednym przypadku polepszenie słuchu było trwałém.

Z przystępnéj dla mnie literatury zestawiłem powyżéj szczegółowe wyniki przypadków w ten sposób operowanych, ogłoszone dotychczas prawie wyłącznie przez Lucaego i Schwartzego; zebrać w ten sposób mogłem 53 przypadki, o których ogłoszono ważniejsze szczegóły i wyniki téj operacyi w sklerozie; w 6 z tych przypadków Lucae wykonał operacyję obustronnie. W sklerozie więc operacyję tę wykonano w ogóle 59 razy; mój przypadek byłby więc 60, a liczba chorych, u których tę operacyję wykonano, wynosiłaby 54. Nie wątpię jednak, że wnet pojawią się publikacyje i innych autorów, które szczegóły wyników podadzą i że liczba w ten sposób operowanych wypadnie wyższą.

W obec zmian sklerotycznych w błonie bębenkowéj i jamie bębenkowéj i gwałtownych szmerów podmiotowych, które grożą egzystencyi chorych uważam zabieg ten jako zupełnie usprawiedliwiony i zdaje mi się, że przy udoskonalonéj obecnie antyseptyce i technice operacyjnéj zabieg ten na większe uznanie zasługuje, niż mu dotychczas oddano; wszakże tak sumienni autorowie jak Schwartze i Lucae nigdy nie zauważyli pogorszenia pod względem szmerów podmiotowych po tym zabiegu, owszem zawsze prawie chorzy doznali ulgi w cierpieniu.

Przy nadmiernych szmerach naczyniowych, które nieraz do rozpaczy i samobójstwa chorych doprowadzały, dałoby się może wykonać podwiązanie tętnicy szyjnéj na podstawie doświadczeń zrobionych w obec tętniaków, gdzie szmery uszne po podwiązaniu dowodzących tętnic ustawały zupełnie, w razie jeżeli takowe przy kompressyi tętnicy szyjnéj zupełnie ustępują (Schwartze). Czy jednak z tego rękoczynu trwałego wyniku spodziewać się można, jest rzeczą wątpliwą z powodu licznych połączeń ze sobą różnych zakresów naczyniowych tętniczych w jamie bębenkowéj (gałęzie *A. meningeae mediae*); w każdym razie w rozpaczliwych przypadkach szmerów podmiotowych tętniczych w uszach i w głowie przy małém stosunkowo niebezpieczeństwie ze strony podwiązań antyseptycznie wykonanych i ten zabieg wart by był próby.

Prócz przytoczonych użyto prac: Ziegler: *Lehrb. d. pathol. Anat.* III Aufl., II Thl., pag. 821—823.— Politzer: *Lehrb. d. Ohrenheilk.* II B. 1882. — Tröltsch: *Lehrb. d. Ohrenheilk.* 6 Aufl. — Urbantschitsch: *Lehrb. d. Ohrenheilk.* 1884. — Oren D. Pomeroy: *The Diagnosis and Treatment of Diseases of the ear. New-York* 1883.— Politzer: *Die Beleuchtungsbilder des Trommelfells im gesunden u. kranken Zustande.*

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

5. Katarzyna Turczówna, dziewczyna $2^1/_2$-letnia, przyjęta 31 marca 1880, dość dobrze odżywiona, okazująca objawy krzywicy. Narządy klatki piersiowéj prawidłowe, brzuch wzdęty, śledziona powiększona, lecz nie gorączkuje i napadu zimniczego nie stwierdzono. 18 kwietnia *varicella*, ciepłota 38·1, 21go przestaje gorączkować, występuje rozwolnienie miernego stopnia. 5go maja c. r. 39·8°. Głos i kaszel chrypliwy, oddechanie utrudnione, wdech świszczący, zapadanie dołka podsercowego i wciąganie dolnych żeber; na tylnéj ścianie połyku szarawe nalociki świadczą o zapaleniu krtani dławcowém (*Laryngitis crouposa*). Objawy ścieśnienia głośni coraz bardziéj się wzmagały, wystąpiła duszność, sinica a o godzinie 7éj rano 6 maja śmierć.

Sekcyja wykonana 7go maja wykazała: *Laryngitis membranacea sbs. pneumonia lobulari, emphysemate insigni et oedemate acuto. Melanosis lienis, catarrhus intestini tenuis, hyperplasia glandular. mesaraicar. Pachymeningitis interna haemorrhagica.* „Czaszka prawidłowa, ciemiączko duże, błoniaste. Wewnętrzna powierzchnia opony twardéj ponad prawą półkulą w znacznéj części powleczona dość grubą żółtawą w części żywoczerwoną błoną, miejscami drzewkowato rozgałęziające się naczynia okazującą. Opona twarda zresztą tak jak opony miękkie blada, gładka. Mózg w całości prawidłowy.

6. Władysław Krajewski chłopiec $1^1/_2$ roczny przyjęty do szpitala 4-go maja 1880 w stanie konającym w skutek dławca. Wykonano natychmiast tracheotomiję lecz w półgodziny potem chory umarł.

Sekcyja wykonana 5-go maja wykazała: *Laryngitis et pharyngitis croupodiphtherica, emphysema, atelectasis et pneumonia lobularis bilateralis. Apex cordis bifidus. Tracheotomia facta. Pachymeningitis haemorrhagica interna, haemorrhagia intrameningealis.* „Czaszka prawidłowa symetryczna. Na podstawie widać na wewnętrznéj powierzchni opony twardéj w kilku miejscach dość rozległe błonki ciemnoczerwone,

zdjąć się dające, miejscami drzewkowate nastrzykanie naczyń okazujące. W oponach miękkich na podstawie lewego płatu skroniowego w samémże utkaniu tychże dość rozległe, świeże ciemnoczerwone wynaczynienie krwi. Zwoje mózgowe wydatne, rowki głębokie, miąższ na przekroju prawidłowéj zawartości krwi, spójności prawidłowéj, komórki prawidłowe.“

7. Maryja Samcówna, dziewczyna 5-cio letnia przyjęta w stanie konania do szpitala 11 listopada 1881 umarła tegoż dnia o godzinie 9 wieczór. Stwierdzono zapalenie płuca prawego i stolce cechujące czerwonkę.

Sekcyja wykonana 13-go listopada 1881 wykazała: *Pleuropneumonia crouposa lobi superioris sinistri et lobi medii et inferioris dextri, catarrhus intestini ilei incipiens, hyperplasia glandular. mesaraicar. Dysenteria sub forma diphtheriae int. recti, enteritis follicularis intestini crassi obsoleta. Pachymeningitis interna haemorrhagica convexitatis.* „Czaszka symetryczna, prawidłowa. Opona twarda przyrośnięta do czaszki; na jéj wewnętrznéj powierzchni szczególnie po stronie odpowiadającéj wypukłości lewéj półkuli mózgu, w części przedniéj delikatne cienkie błony mocno unaczynione i krwią wybroczoną przesiąkłe przylegające ściśle do opony twardéj, zresztą opona twarda gładka, połyskująca. Opony miękkie gładkie, przeświecające, mózg spójności prawidłowéj, zwoje i rowki wyraźne.

Jeżeli z podanych przypadków nie uwzględnimy dwóch ostatnich, u dzieci oddanych do szpitala w okresie konania, jakoteż przypadku 2go, o których dla zbyt krótkiego czasu obserwacyi i niepewnych wywiadów co do poprzedniego przebiegu choroby nic stanowczego orzec się nie da; to pozostają nam jeszcze cztery przypadki, w których czas obserwacyi szpitalnéj był tak długi, iż choroby, które wywołały zmiany w oponach przy sekcyi stwierdzone, musiały stanowczo przebiegać podczas pobytu odpowiednich dzieci w szpitalu, a jednakowoż nie zdradzały się żadnym przypadem a tém mniéj owym zbiorem przypadów na wstępie przytoczonych, które według zdania wielu autorów właściwemi być mają zapaleniu krwotokowemu opony twardéj. Jedynie w przypadku 1-szym zauważyliśmy jako objaw zajęcia osrodków mózgowych wymioty i lekkie porażenie prawéj połowy twarzy; w przypadku tym jednak stwierdziliśmy równocześnie i wodogłowie *(hydrocephalus acut.)*, od którego objawy te prawdopodobniej były zawisłe. Skoro więc w żadnym z przypadków naszych nie spostrzegliśmy za życia takich objawów, któreby naprowadzały na myśl, iż w jamie czaszkowéj toczy się jakabądź sprawa chorobowa, podczas gdy zmiany napotkane przy sekcyi były bardzo wyraźne, przeto zmuszeni jesteśmy przypuścić, iż zapalenie opony twardéj krwotokowe ma po największéj części u dzieci przebieg utajony, i tylko w rzadkich przypadkach rozpoznać się daje.

Pod względem anatomicznym następujące spostrzeżenia zasługują na wzmiankę: Siedziba zapalenia opony twardéj znajdowała się 2 razy ponad prawą półkulą mózgową, raz ponad lewą półkulą mózgową, raz ponad obydwiema półkulami, raz ponad prawą półkulą i na podstawie mózgu w części przodkowéj, raz ponad obydwiema półkulami mózgowemi i na podstawie czaszki a wreszcie raz na podstawie czaszki. W przypadku 6tym znaleźliśmy świeże wynaczynienie następowe na podstawie lewego płatu skroniowego, w innych przypadkach zauważyliśmy li tylko błonki elastyczne jużto świeże, jużto starsze a w przypadku 4tym grubości kilku milimetrów. Opona twarda pod nowo wytworzoną tkaniną tylko w przypadku 1-szym mocno była nastrzykana, a w innych przedstawiała się gładką i bladą. W przypadku 7-mym nakoniec, pomimo 5-go roku życia, opony ściśle były z kością zrośnięte.

G. Zapalenie opon mózgowych zwyczajne.

Tak ze względu na zbiór objawów klinicznych, jak i na odpowiadający temu obraz anatomiczny zniewoleni jesteśmy rozróżnić kilka postaci zwyczajnego zapalenia opon mózgowych. Rozmaitość tych postaci nie tyle zależy od przyczyny wywołującéj chorobę, jak to ma miejsce w zakrzepicy zatok, ani też od nasilenia sprawy chorobowéj, jak raczéj od usadowienia się choroby, która w jednych przypadkach zajmuje li tylko opony powlekające powierzchnię półkul mózgowych, w innych ogranicza się do splotów naczyniowych komórek mózgowych a w najrzadszych razach zajmuje opony wyścielające podstawę mózgową. Odpowiednio do umiejscowienia się choroby rozróżniamy trzy odrębne obrazy kliniczne: zapalenie opon na półkulach, zapalenie splotów naczyniowych komórek czyli wodogłowie ostre, i zapalenie opon podstawy zwyczajne. Pomiędzy temi trzema postaciami zachodzi różnica nie tylko co do pojedynczych objawów, zależnych właśnie od części zajętych, lecz także w całym sposobie rozwinięcia się choroby, w przebiegu jej i w następstwach. Ściślejsze określenie przyczyn, dla czego w niektórych razach ulegają zapaleniu opony półkul, w innych opony podstawy albo sploty naczyniowe, nie jest możliwém z wyjątkiem przypadków zapaleń opon wywołanych skutkiem bezpośredniego zadziałania szkodliwości na opony, np. urazu, wynaczynienia, zapalenia żył, ropienia kości skalistéj i t. p. W niektórych przypadkach znajdujemy zapalenie opon mózgowych zarówno na powierzchni półkul mózgowych jak i na podstawie. Ta postać zależną jest li tylko od natężenia sprawy chorobowéj, która pierwotnie zajęła opony półkul a później przesunęła się także na opony podstawy mózgowéj. Zapalenie opon mózgowych na podstawie wikła się znów dość często z zapaleniem splotów naczyniowych i następowém wodogłowiem ostrém. Najczęściéj wydarzającą się postacią w wieku dziecięcym jest zapalenie splotów naczyniowych komórek, późniéj zapalenie opon na powierzchni półkul, które nawet u osesków bywa częstszém niż wodogłowie ostre i występuje jako choroba nagminna, zwłaszcza w domach podrzutków lub sierót (Ritter, Medin). Najrzadszą postacią jest samoistne zapalenie opon na podstawie mózgu. Zapalenie opon mózgowych półkul powstaje po największéj części w skutek urazów, udaru słonecznego, w następstwie długotrwałych wyprysków skóry czaszkowéj lub schorzeń kości, daléj w przebiegu chorób zakaźnych — głównie płonicy, i chorób narządu oddechowego, zapalenie splotów czyli wodogłowie pojawia się znów często w przebiegu chorób narządu trawienia a związek przyczynowy nie jest jeszcze wyjaśniony. Zapalenie opon na podstawie uważano w następstwie chorób zakaźnych, i długotrwałych cierpień płuc i nerek.

Z pomiędzy 14tu spostrzeganych przez nas przypadków zwyczajnego zapalenia opon mózgowych widzieliśmy takowe w 2ch razach na powierzchni półkul mózgowych, w 2ch razach na podstawie; w 3ch razach obejmowało zapalenie tak opony półkul jak i podstawy mózgu (a z tych w 1 przypadku było jeszcze powikłane z znaczném wynaczynieniem). W 7miu wreszcie razach zauważyliśmy zapalenie splotów naczyniowych z wysiękiem w komórkach mózgowych.

Zapalenie opon mózgowych na półkulach przebiegało w jednym przypadku równocześnie z ospą i zapaleniem płuc, w 2gim przypadku z zapaleniem płuc i opłucny.

Zapalenie opon na podstawie przebiegało w jednym przypadku z nieżytem przewłocznym jelit i wodogłowiem chronicznêm, w 2gim z nieżytem oskrzeli i niedodmą płuc.

Zapalenie opon mózgowych zarówno na powierzchni i podstawie mózgu towarzyszyło w jednym przypadku gruźlicy płucnéj obok ropienia kręgów, w 2gim wystąpiło wśród przebiegu ropienia kręgów, puchliny piersiowéj i długotrwałego zapalenia twardówki rdzeniowéj, w 3cim zaś przypadku wśród zapalenia jelit mieszkowego.

Z 7-miu tych przypadków 2 dotyczyły chłopców, 5 dziewcząt; wiek ich przedstawiał się jak następuje: 1 liczyło 11 miesięcy (*Mening.convex.*), 1 liczyło 1 rok (*Mening. convex. et basil.*), 1 liczyło $1^1/_2$ roku (*Mening. basil.*), 1 liczyło 2 lat (*Mening. convex.*), 2-je 5 lat (*Mening. basil.*, *Mening. convex. et bas.*), 1 liczyło 8 lat (*Mening. convex. et basil.*) Jedno z tych dzieci okazywało zboczenie w odżywieniu krzywicze, jedno zołzowe a jedno zboczenie w odżywieniu gruźlicze.

Czas trwania choroby tylko w kilku przypadkach dał się oznaczyć, chociaż w niektórych przypadkach była obserwacyja szpitalna stosunkowo dość długa. I tak wynosił okres obserwacyi:

w 1 przyp. pobyt w szpit. d. 27 czas trwania objawów dni 0		*Meningitis convexit.*
w 2 przyp. pobyt w szpit. d. 26 czas trwania objawów dni 0		
w 3 przyp. pobyt w szpit. d. 10 czas trwania objawów dni 2		*Meningitis basilaris*
w 4 przyp. pobyt w szpit. d. 3 czas trwania objawów dni 9		
w 5 przyp. pobyt w szpit. d. 43 czas trwania objawów dni 5		*Meningitis convexit. et basilaris*
w 6 przyp. pobyt w szpit. d. 22 czas trwania objawów dni . . . 3		
w 7 przyp. pobyt w szpit. d. 2 czas trwania objawów dni 5		

Wyraźne objawy zapalenia opon stwierdziliśmy jednak stanowczo tylko w 3ech przypadkach, a mianowicie w 2-ch przypadkach zapalenia opon na podstawie a w jednym przypadku zapalenia opon na powierzchni półkul i na podstawie. W 2-ch przypadkach spostrzegaliśmy wprawdzie pojedyncze objawy, które budziły podejrzenie, iż w jamie czaszkowéj rozwija się jakieś cierpienie — nie można było jednak określić bliżéj, czy to będzie zapalenie, wynaczynienie, nowotwór i t. d. Wreszcie w 2-ch przypadkach nie zauważyliśmy żadnych objawów, któreby o jakiém zajęciu ośrodków narządu nerwowego świadczyć mogły; a bylyto właśnie przypadki zapalenia opon na powierzchni półkul. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Tarnowsky (w Petersburgu): **Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Eine forensisch-psychiatrische Studie.** Berlin 1886.

Prof. Dr. Krafft-Ebing (w Gracu): **Psychopathia sexualis. Eine klinisch-forensische Studie.** Stuttgart 1886.

W ciągu roku bieżącego pojawiły się powyższe dwa dziełka, napisane przez autorów używających jak najlepszéj sławy; pierwszy w dziedzinie chorób płciowych rozporządza ogromnym materyjałem stolicy rosyjskiéj, ostatni wielce zasłużony jako psychijatryk, zwłaszcza sądowy; prace ich, jakkolwiek pod odmiennym tytułem, schodzą się na jednêm i têm samêm polu; têm większa rękojmia, że wspólne ich siły złożą się na wyświecenie kwestyi, lekarza zwłaszcza sądowego żywo obchodzącéj, a dotychczas nie zupełnie jeszcze jasnéj.

„*Psychopathia sexualis*“ — jakiżto podniesiono krzyk oburzenia, gdy Casper po raz pierwszy użył téj nazwy na oznaczenie „duchowego hermafrodytyzmu“ wielkiéj liczby ludzi, zaspokajających popęd płciowy w sposób niezwykły, przewrotny; twierdzono, że doświadczony lekarz sądowy niesłusznie bierze w obronę choćby część lubieżników obmierzłych, u których niepodobna, a więc zbyteczna szukać jakiegoś zboczenia umysłowego, skoro obecnie jeszcze liczba ich jest znaczną na Wschodzie i w miastach pierwszorzędnych europejskich, skoro nadto w starożytności nierząd ten był tak rozpowszechnionym u Greków i Rzymian, a jak niepodobna posądzić Julijusza Cezara o niedołęztwo umysłu, dlatego że cierpiał padaczkę, tak trudno doszukać się u niego innego zboczenia umysłowego, choć przeciwnicy jego nazywali go: „*omnium mulierum vir et omnium virorum mulier*“. Złą usługę oddali kwestyi, o którą się tu rozchodzi, pismacy jak Ulrichs, Bernhardi i inni, którzy, jakoby chcąc ilustrować orzeczenie „*du sublime au ridicule n'est qu'un pas*“ zjawisko najszpetniejsze podnosili do rzędu „uranizmu“ lub przeciwnie dowodzili istnienia jakiéjś potworności płciowéj przynajmniéj u jednéj ze stron w nierządzie udział biorących. A jednak, podczas gdy się zdawało, że sprawa ta ostatecznie już pochowaną została, gdy na Zjeździe prawników w r. 1867 ów Ulrichs, poparty przez pewnego austryjackiego prof. prawa, zamiast bezkarności, któréj domagał się dla swoich wyznawców uranizmu, zyskał tylko szyderstwo i pogardę— odżyła ona we 2 lata późniéj, aby już nie ustąpić więcéj z porządku dziennego, gdy Westphal w r. 1869 na podstawie dwóch przypadków przez siebie spostrzeganych ogłosił rozprawę o przewrotnym popędzie płciowym, w któréj zwrócił uwagę, że są przypadki, w których przewrotność uderzającą w poczuwaniu płciowém położyć koniecznie należy na karb stanu, jeżeli nie psycho- to przynajmniéj newropatycznego. Dotychczas, jak wynika z dokładnego zestawienia Krafft-Ebinga, opisano podobnych przypadków 43, a bez przesady powiedzieć można, że bez porównania większą jest liczba przypadków nieopisanych, albowiem nie ma prawie lekarza, któryby w praktyce swéj nie spotkał się z mniéj lub więcéj podobnêm zboczeniem. Jeżeli jednak dotąd jeszcze nie ma zgody, czy pójść za zdaniem Westphala i uznać zboczenie to jako objaw stanu newropatycznego, lub czy uważać je wprost za objaw zboczenia umysłowego, to ze swéj strony już w innêm miejscu oświadczyliśmy się za zdaniem pierwszém, jako ogólniejszém i ostrożniejszém, niczego z góry nieprzesądzającém, a przedewszystkiém nienasuwającém przypuszczenia, jakoby zboczenia te stanowiły cechę szczególnéj formy obłąkania. Z tego powodu niemoglibyśmy się zgodzić na nazwę, którą Krafft-Ebing obrał dla swego dziełka, i musielibyśmy nawet wyrazić zdziwienie nasze, dlaczego tę i nie inną obrał nazwę, gdyby autor w przedmowie nie usprawiedliwił tego wyboru obawą, aby książka jego nie wpadła w ręce niepowołanym i nie służyła im za lekturę niestósowną; mimo to jednak przyznajemy, że nazwa *Psychopathia sexualis*, która według mniemania autora dla „uczonego“ ma być zrozumiałą, razi nas bardzo, po-

nieważ pozbyć się nie możemy obawy, że „uczony“, jednak z historyją kwestyi nie należycie obeznany, mógłby mniemać, iż psychijatryk zawodowy przypuszcza postać obłąkania nieistniejącą i że przewrotność popędu płciowego wprost identyfikuje z cierpieniem umysłowém. To téż szczęśliwszym w wyborze tytułu był Tarnowsky.

Nie ulega wątpliwości, że większą bez porównania część samcołożników zaliczyć należy do wszeteczników nałogowych, którym sprzykrzyło się naturalne zaspokajanie chuci płciowéj; ludzie ci według wszystkich tegoczesnych prawodawstw europejskich są poprostu zbrodniarzami, którzy surowéj podpadają karze, jeżeli praktyki ich dochodzą do wiadomości władzy. Bractwo zatém to, rozpowszechnione głównie po miastach wielkich, a wyjątkowo tylko pojawiające się w miastach mniejszych (u nas na szczęście jest jeszcze dosyć rzadkie), nie wchodzi tu wcale w rachubę; inaczéj ma się rzecz z owymi ludźmi, u których przewrotny popęd płciowy jest jedném z zjawisk zwyrodnienia; tu bowiem zjawisko to częstokroć nasamprzód zwraca uwagę lekarza sądowego na potrzebę badania stanu umysłowego człowieka, który wykroczył przeciw przepisom kodeksu karnego bądź w kierunku płciowym, bądź téż w jakimkolwiek innym kierunku. A ponieważ przewrotność popędu płciowego objawia się w rozmaitych postaciach, więc czuć się dała potrzeba systematycznego zestawienia tych postaci i podporządkowania ich pod wspólny mianownik, pod pojęcie ogólne, a jednak uchwytne. Pracy téj podjęło się w ostatnich latach kilku psychijatrów, a praca ta stanowi przedmiot dwóch dzieł, z któremi czytelnika polskiego zapoznać pragniemy.

Przyznajemy z góry, że z dwóch w mowie będących pierwsze jest bardziéj pouczające i nierównie więcéj zawiera spostrzeżeń i poglądów samodzielnych, aniżeli drugie. Z natury rzeczy wypływa, że specyjalista do chorób płciowych, praktykujący w pierwszorzędnéj stolicy, więcéj o wiele styka się z pacyjentami, którzy mu się zwierzają ze swojemi tajemnicami, a czynić to mogą tém śmieléj, o ile zwierzając się syfilidologowi mienią się być wolnymi od podejrzenia, jakoby cierpieli wadę umysłową; często nawet w najlepszéj wierze, że są tylko cieleśnie słabymi, zasięgają rady takiego lekarza. Monografija zaś Tarnowskiego tém bardziéj zasługuje na uwagę naszą, ponieważ specyjalista ten, zkądinąd chlubnie znany, występując z pracą, która po części przekracza ścisły zakres jego zawodu, radził się znakomitych kolegów swych psychijatrów polskich, J. Mierzejewskiego i Erlickiego, oraz korzystał z prac innego naszego rodaka Wł. Mierzejewskiego, docenta medycyny sądowéj w Petersburgu, zaszczytnie znanego z prac swoich o błonie dziewiczéj, ze współpracownictwa w wielkiém dziele Pelikana o skopcach, a głównie ze swojéj ginekologii sądowéj w r. 1878 wydanéj.

Tarnowsky dzieli zboczenia płciowe na 3 grupy, a mianowicie: na przewrotność płciową występującą na podstawie obciążenia dziedzicznego, na przewrotność nabytą i na formy powikłane.

W grupie I rozprawia w 3 rozdziałach o samcołoztwie wrodzoném, peryjodyczném i padaczkowém. O pierwszém, prócz poszczególnych przypadków Mierzejewskich i własnych, nic nie podaje nowego, powołując się przeważnie na autorów francuskich i przytaczając obszernie znany przypadek sierżanta Bertranda. Samcołoztwo wrodzone według niego nie jest wcale odrębnym stanem chorobowym, lecz przedstawia jeden z objawów zwyrodnienia psychicznego; dlatego téż wszystkie szkodliwości, które pociągają za sobą zwyrodnienie, wywołują także przewrotność popędu płciowego: pochodzenie od ojca epileptycznego, obłąkanego, od matki histerycznéj, kiła, opilstwo rodziców i niestosunek u nich co do wieku, ciężkie choroby przebyte w czasie płodzenia itd., wreszcie i klimat oraz jakość gruntu zdają się mieć pewne znaczenie, jak to wynika ztąd, że w okolicach wysoko położonych nie tylko idyjotyzm i matołectwo, ale i przewrotność płciowa zdarzają się często, a Armenia górzysta była kolebką samcołoztwa w starożytności.

Bardzo ciekawym jest typ drugi, samcołożników peryjodycznych. Są to ludzie, którzy żyjąc w stosunkach prawidłowych, wykonywając spółkowanie prawidłowo, od czasu do czasu doznają przewrotności płciowéj, któréj oprzeć się nie mogą i dopuszczają się samcołoztwa czynnego, biczowania, obnażania swych części płciowych, obcowania ze zwierzętami, bezczeszczenia zwłok ludzkich itd. Napady te przedstawiają analogiję do obłąkania okresowego i dipsomanii, a więc równie jak te są tylko objawem zwyrodnienia umysłowego, od czasu do czasu wybuchającego a zresztą przebiegającego bez zbyt uderzających objawów. (C. d. n.)

F. A. Hoffmann: **Odczyty o terapii ogólnéj ze szczególném uwzględnieniem chorób wewnętrznych.** (*Vorlesungen über allgemeine Therapie mit besonderer Berücksichtigung innerer Krankheiten*). Lipsk 1885. Str. 453.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Jest jeszcze jedna, i to niemała, trudność w zastósowaniu systemu autora. Zdarzają się bowiem przypadki, że chociaż znane nam jest dość dokładnie natężenie podniet do celów leczniczych używanych, nie zawsze przecież wiemy, czy w tém natężeniu stanowią one czynnik ćwiczący czy chroniący pewne narządy, oraz — co za tém idzie — pomimo niezaprzeczenie pomyślnych wypadków leczenia nie możemy powiedzieć na pewno, czy wypadki te zawdzięczamy ćwiczeniu czy oszczędzaniu.

Przykłady trudności téj znajdujemy niejednokrotnie w samém dziele. Weźmy np. pod uwagę kąpielowe leczenie chorób sercowych. I tu odróżnia autor kąpiele to ochraniające, to ćwiczące mięsień sercowy. Pierwsze nazywa ciepłemi, drugie zimnemi. Od czasów Benekego wiemy, że kąpiele są cennym środkiem leczniczym w chorobach serca a w ostatnich czasach użycie ich coraz więcéj się wzmaga. Jak sobie tłumaczyć pomyślne ich działanie? Autor przypisuje kąpielom, przez się ciepłemi zwanym, własność ochraniania mięśnia sercowego, t. j. oszczędzania mu nadmiernéj pracy, gdy tymczasem wszystko przemawia za tém, że działają one tu nie dla tego, że serce ochraniają, lecz że ćwiczą i wzmacniają mięsień sercowy. Aby się w tym względzie porozumieć, pytamy, jakie kąpiele nazywamy ciepłemi? Autor mianując je tak ogólnikowo nie podaje na tém miejscu wcale ich ciepłoty. Natomiast gdzieindziéj (str. 355) oznacza ciepłotę ich na wyżéj 36°C. i trafnie działanie ich opisuje: podnieta termiczna, przyspieszenie tętna, podwyższenie ciepłoty, zaczerwienienie twarzy, poty, — po dłuższém używaniu spadek ciężaru ciała, schudnienie, osłabienie mięśni. Zastósowania takich kąpieli w chorobach serca autor nie mógł mieć na myśli, bo téż jako wręcz szkodliwe nigdy chyba i nigdzie w tym względzie uznania nie znalazły. Na str. zaś 65 przez kąpiele ciepłe używane w chorobach serca rozumie widocznie kąpiele zwane obojętnemi; i tu ciepłoty ich liczebnie nie podaje, gdzieindziéj zaś (str. 354) oznacza ją według Kischa na

35—37°C., i aby wykazać ich domniemaną „obojętność“, przypuszcza, że zmniejszają one utratę ciepła przez skórę a przecież nie podwyższają ciepłoty ciała, jakoby skutkiem obniżonéj równocześnie produkcyi ciepła. Nie roztrząsając wątpliwości, w jaki sposób kąpiele takie „obojętne“ skutecznemi mogłyby być w chorobach serca i innych, zwracamy tylko uwagę, że i takich kąpieli nie używano w ogóle w chorobach sercowych a przynajmniéj nie takiemi osiągnięto pomyślne w cierpieniach tych rezultaty. Rezultaty te otrzymano raczéj za pomocą kąpieli letnich (30—35°C.), a nawet chłodnych. Schott np. donosi, że w chorobach sercowych rozpoczyna od kąpieli 27°R., t. j. 33·5°C., a z postępem czasu stósuje coraz chłodniejsze; Groedel zaś używał kąpieli 25—26°R., t. j. 30—32·5°C., a więc ani ciepłych ani „obojętnych“, mianowicie jeśli się zważy, że kąpiele w Nauheim zawierają 1—3½% solanki, co jeszcze więcéj wzmaga podniecające ich działanie. Skoro tak jest, dobre rezultaty otrzymane w chorobach serca kąpielami nie dadzą się odnieść ani do usuwania bodźców czuciowych, ani téż do zmniejszonéj produkcyi ciepła, lecz do skutków wprost przeciwnych. Na to dowód i w tém, że Liebermeister wykazał w kąpieli 33·9°C. produkcyję ciepła nieobniżoną, lecz podwyższoną a przecież tak Groedel jak i Schott niższéj jeszcze używali ciepłoty. Według Kerniga dopiero w kąpieli 34—35°C. przestaje wzrastać wyrób ciepła. Mamy więc niewątpliwie dowody, że kąpiele dotychczas z korzyścią w chorobach serca używane są zabiegami podniecającemi, że więc pomyślne skutki pochodzą od wpływów mięsień sercowy ćwiczących, nie zaś chroniących go i pracy mu oszczędzających. Wynika to także z bezpośrednich postrzeżeń powyższych lekarzy, według których kąpiele te zwalniają tętno, wzmacniają ruchy serca, podwyższają parcie tętnicze. Wzmożenie pracy serca musi nawet być znaczne, skoro podwyższenie parcia ościennego, pomimo obniżonego napięcia tętnic, wykazać się daje. Trudno nawet zrozumieć, jaką korzyść przynieśćbyśmy mogli ustrojowi oszczędzając jedynie pracy sercu. Wszakże całe niebezpieczeństwo polega tu na tém, że mięsień sercowy, nie rozporządzając dostateczną siłą popędową, nie może podołać zadaniu swemu. Zaradzić temu możemy jedynie jużto zmniejszając zawady w obwodowém krążeniu, jużtéż wzmacniając czynność serca za pomocą podniet do zasobu sił jego zastósowanych. Kąpiele letnie i chłodne — nie ciepłe i „obojętne“ — obydwom tym zadaniom czynią zadość, najprzód dla tego, że pierwotnie lub następowo (stósownie do ciepłoty skóry przed kąpielą) rozszerzają koryto naczyniowe a powtóre, ponieważ potęgują odruchowo innerwacyję serca, co jest nader ważnym i nieocenionym czynnikiem ćwiczącym i wzmacniającym mięsień sercowy. Musimy to uważać za jednostronność, jeżeli np. Oertel kładzie tu wyłączny prawie nacisk na konieczność usuwania zawad mechanicznych (odwadnianie, odtłuszczanie itp.). Serce bowiem jest wprawdzie pompą ssąco-tłoczącą, ale przewyższa mechaniczną taką pompę nieskończenie tém, że na mocy zawiléj swéj innerwacyi umie się zastosowywać do istniejących w każdéj chwili potrzeb. Dla tego téż zadaniem naszém nie mniéj ważném jest w miarę potrzeby i możności na innerwacyję tę wpływać. Zadaniu temu niczém tak dobrze zadość czynić nie możemy, jak stosowaniem odpowiednich podniet termicznych.

Tak się na rzecz tę zapatrując zrozumiemy, że nie same tylko kąpiele letnie mogą pomyślnie serce podniecać i ćwiczyć, lecz że w innych znów przypadkach, mianowicie gdzie rozchodzi się o zapobieżenie zmianom niekompensacyjnym w krążeniu, inne zabiegi lecznicze jeszcze lepsze dają rezultaty (krótkie kąpiele zimne, zimne nacierania, chwilowe zimne natryski). Gdzie zaś istnieją już następstwa niekompensacyi, tam prócz lekkiego podniecania serca trzeba dążyć do usuwania obwodowych zawad w krążeniu; tu przy niezbyt podupadłéj czynności serca (stłuszczenie, zanik) można używać wyjątkowo kąpieli ciepłych (28°C.). Niemniéj ważny jest wpływ na zachowanie się naczyń obwodowych. Istnienie bowiem jednostajnego i nieprzerwanego prądu krwi, podczas skurczu i rozkurczu serca, w tętnicach, naczyniach włosowatych i żyłach zależném jest w wysokim stopniu nie tyle od siły popędowéj serca, ile od napięcia sprężystych ścian tętniczych. W przypadkach obniżenia tego napięcia winniśmy je wzmagać i potęgować, bo tym sposobem najłatwiéj i najnaturalniéj sprawiamy ulgę i pomoc przeciążonemu pracą sercu. Do utrzymania doskonałéj sprężystości ścian tętniczych przyczyniają się również i zawarte w nich mięśnie gładkie, główném zadaniem których jest prawidłowe rozmieszczenie krwi, regulowanie odpływu i dopływu jéj do różnych części ciała; oneto zwężając lub rozszerzając koryto naczyń mogą kompensować a nawet przewyższać zmiany w czynności serca. I w tym względzie wpływy termiczne mają wielką doniosłość, o ile odruchowo zmieniają koryto naczyniowe. Wpływ ten z natury rzeczy musi być inny w przypadkach obniżonego nadmiernie parcia ościennego w tętnicach (jak np. w wadach zastawki dwoistéj), oraz zmniejszonego napięcia ścian tętniczych (niedomykalność zastawki półksiężycowéj aorty), a inny tam, gdzie napięcie to jest znacznie podwyższone (zwężenie ujścia aorty). Nie można więc mówić o pewnym niezmiennym a stałym sposobie kąpielowego leczenia chorób sercowych, bo postać i natężenie wpływów termicznych stósować się muszą do każdorazowego zachowania się serca i naczyń. W jednych przypadkach wszelkiego podniecania innerwacyi serca unikać trzeba, w innych odpowiednie podniety są wprost wskazane, raz trzeba głównie wpływać na napięcie naczyń obwodowych z równoczesném podniecaniem serca, drugi raz tego ostatniego unikać.

Podobnie zbawienny wpływ ścieśnionego powietrza tłumaczy autor ochroną serca i oszczędzaniem mu pracy, gdy bacząc na wywody Biederta z wielkiém prawdopodobieństwem powiedzieć można, że i tu działają przeważnie wpływy ćwiczące. W ogóle pneumatoterapija wymaga więcéj wyczerpującego obrobienia, niż je w dziele autora znajdujemy.

Opis i charakterystyka kąpieli zwanych obojętnemi nie wypadła szczęśliwie. Pochodzi to ztąd, że autor poszedł torem pisarzy niemieckich, którzy siłą się na to, aby uzasadnić istnienie kąpieli o ciepłocie obojętnéj a przecież na ustrój działających. Naszém zdaniem już sam fakt, że kąpiele tak nazwane bardzo wyraźne wywołują zmiany w czynnościach ustroju a szczególnie w układzie nerwowym, dowodzi dostatecznie, że ciepłota ich dla ustroju obojętną nie jest. Jeżeli zaś autor przypuszcza, że zmniejszają one utratę ciepła przez skórę a przecież mają nie podwyższać, lecz obniżać produkcyję ciepła, to na to żadnego nie mamy dowodu, bo wspomniane przez autora doświadczenia z pracowni Pflügera bynajmniéj się w tym kierunku spożytkować nie dają. Sądzimy, że mówić o skuteczności kąpieli obojętnéj jest rzeczą wręcz nielogiczną — *contradictio in*

adjecto. Działanie ich nie polega na têm, że żadnego nie wywierają bodźca, ani téż, że usuwają wszelkie podniety skórne, lecz pochodzi głównie ztąd, że działają w nich podniety słabe jednostajnie i przeciągle. Dla takiego tłumaczenia fizyjologija dostarcza dostatecznéj podstawy. Sam fakt, że kąpiele w mowie będące wyrównywają istniejące zawsze różnice w ciepłocie różnych obszarów skóry, że więc sprowadzają jednostajną i jednaką ciepłotę w całéj niemal skórze, każe przypuszczać z koniecznością, że nie działają one i na ciepłotę ciała obojętnie. Przytém obniżają natężenie podniet równocześnie na układ nerwów czuciowych działających, a têm samêm sprawiają wybitne zmiany w pobudliwości ośrodków nerwowych. W obec znacznych zazwyczaj różnic w ciepłocie różnych części skóry nie można sobie wyobrazić takiéj kąpieli, w którejbyśmy nie doznali pewnych, choćby najlżejszych, wrażeń termicznych a suma takich wrażeń musi wywołać odruchowe zmiany w krążeniu krwi i przemianie materyi. Trudno się zgodzić z przypisywanym im przez autora bezpośrednim wpływem na mięśnie gładkie skóry i naczyń, bez pobudzenia nerwów naczynioruchowych.

W rozdziałach o przemianie materyi opiera autor wywody i poglądy swoje na pracach Voita i, o ile stanowisko téj gałęzi fizyjologii dziś pozwala, racyjonalne daje wskazówki i rady.

Dzieło Hoffmanna ze wszech miar godne jest czytania i studyjowania; wieje z niego ożywczy powiew zapatrywań fizyjologicznych, który uśpione od dłuższego czasu zajęcie dla terapii ogólnéj obudzić może i z pewnością obudzi.

Dr. Smoleński.

Schmidt: **Jodol, nowy środek przeciwgnilny.**

Po raz pierwszy wytworzył to połączenie Cionumiciani w Rzymie z oleju zwierzęcego, obecnie wyrabia je Dr. Hoffman (Kalle et Comp., Biebrich n. R.) fabrycznie. Jodol ma nad jodoformem, którego miejsce w chirurgii ma zająć, tę wyższość, iż jest prawie zupełnie bezwonnym; drugą a daleko ważniejszą zaletą jego jest to, iż nie wywołuje zatrucia, tak przynajmniéj pozwala przypuścić dotychczasowe doświadczenie autora rozciągające się na czas 6ciu miesięcy a nabyte w klinice chirurgicznéj w Heidelbergu. Drowie Mazzoni w Rzymie i Wolf w Strasburgu nabyli tego samego przekonania. — W wodzie jest trudno rozpuszczalny 1:5000, w alkoholu 1:3, w eterze 1:1, w oliwie 1:7.

W klinice heidelberskiéj używano go we formie proszku, w rozczynie (jodolu 1,0, wyskoku 16,0, gliceryny 34,0) i w postaci gazy (10%). Zauważano przytém, iż wypotrzebowano tego proszku mniéj niż jodoformowego, dzięki jego większéj miałkości. Wydzielina bywa przy têm bezwonną, proszek jodolowy zmięszany z nią nie tworzy strupa, a wywołuje zdrową ziarninę.

Tamponami rozczynem jodolu napojonemi odwaniano cuchnące wydzieliny z wrzodziejących nowotworów rakowych macicy i kiszki odchodowéj; wstrzykiwaniami tego rozczynu do jam po ropniach powstałych jakotéż przetok sprowadzono szybkie zamknięcie się tychże. Wyszczególnić wypada gazę jodolową w saméj klinice sporządzoną; jest ona bardzo dobrym materyjałem opatrunkowym, pod nią szybko bardzo powstawała zdrowa ziarnina.

W moczu nie udało się w żadnym przypadku wykazać jodu. (*Schmidts Jahrb. d. ges. Med.* 1886, 1). *Dr. Gross.*

Dr. Ekk: **O nadzwyczajnéj śmiertelności w Rosyi i niezbędności uzdrowotnienia.**

Autor podaje ciekawe szczegóły statystyczne odnoszące się do ruchu ludności w Rosyi, z których wynika, iż śmiertelność wśród mieszkańców Rosyi, pomimo skuteczniejszego leczenia chorób teraz niż dawniéj, nie zmniejsza się lecz odwrotnie wzrasta; tak

na 1000 mieszkanców w r. 1877 umarło 32·5
„ „ „ „ 1880 „ 34
„ „ „ „ 1882 „ 39

Przyczyny tego zjawiska są: po pierwsze brak pomocy lekarskiéj: jako dowód przytacza autor statystyczne daty ze źródeł, zebranych przez departament lekarski, z których wypada, iż w roku np. 1881 z liczby 2,750.859 umarłych, zmarło bez pomocy lekarskiéj 91%, a w r. 1882 z liczby 3,464.404 89%. Powtóre niedostateczna ilość powszedniego chleba: ze statystycznych danych z lat 10 od r. 1870 do 1881 można widzieć, iż na każdego mieszkańca, po odliczeniu sprzedanego za granicę i użytego dla rozmaitych fabrykacyj zboża i po przeprowadzeniu wszystkich pokarmów na chleb, wypada 1,50 czetwierti, tj. mniéj od przyjętéj normy po 0,25 czetwierti, czyli że dla mieszkańców Rosyi potrzebaby było jeszcze 23,000.000 czetwierti. Po trzecie najgłówniejszą przyczyną jest rozwój miast i przemysłu, skutkiem czego zwiększa się rozwój chorób zakaźnych; na poparcie tego zdania przytacza E. statystykę miasta Izbit, w którém w latach 1801—1813 na 100 urodzonych umarło 76·36 od tego czasu śmiertelność jednocześnie z rozwojem miasta wzrastała i w latach 1863—1870 na 100 urodzonych zmarło już 119.97, tj. miasto zaczęło wymierać. Takich miejscowości w Rosyi podług autora jest wielka ilość. Ten wzrost śmiertelności w miastach czyni autor zależnym od braku odpowiedniéj czystości, braku dobréj wody i innych warunków zdrowotnych. Czynniki te, razem z niedostatecznemi środkami pożywienia, są przyczyną tak wysokiéj śmiertelności. Lecz z zestawienia śmiertelności w poszczególnych prowincyjach Rosyi wypada, iż największa śmiertelność, a mianowicie 6,2% całéj liczby mieszkańców, przypada na gubernije środkowe, które w ogóle nie cierpią na brak chleba, a ztąd wynika, iż za główną przyczynę wysokiéj śmiertelności należy uważać zanieczyszczenie miast i miasteczek. Jako środek zaradczy zaleca autor niezbędność uzdrowotnienia, tj. kanalizacyi miast, osuszanie gruntu we wsiach, osuszanie błot, dostarczanie czystéj wody, urządzenie odpowiednich zabudowań dla fabryk, szkół, mieszkań itp. urządzenie lazaretów dla chorych zakaźnych. — Zastanawia się także autor nad skutkami tak znacznéj śmiertelności i uwidocznia je zestawieniami śmiertelności w innych państwach. Z zestawienia tego wypada, iż gdy w Anglii średnia długość życia = 53 l., w Niemczech = 37 w Rosyi wynosi tylko 29 lat i gdy średni wiek mieszkańców w Anglii = 27 lat w Niemczech l. 19 w Rosyi tylko 10 lat. W Rosyi więc musi być brak siły ludzkiéj w narodowém gospodarstwie, gdyż średni wiek wskazuje na wysoki stosunek niepełnoletnich do pełnoletnich, w skutek czego każdy pełnoletni w Rosyi musi więcéj pracować, niż w Anglii, aby wyżywić niepełnoletnich. Ponieważ w skutek tych warunków w Rosyi umiera na 1000—16 osób więcéj niż w Anglii rocznie, więc ubytek ten wyniesie 1,500.000 dusz. Ta strata dla państwa oceniona jak najniżéj wyniesie 50,000.000 rubli w postaci umarłych. Szkody ztąd wypływające dla państwa są znacznie większe niż koszta potrzebne dla odpowiedniego uzdrowotnienia miast, miasteczek, wsi itd., które podług autora wyniosłyby w przybliżeniu 60 milijonów rocznie tylko w ciągu 10 lat, a potém byłyby znacznie mniejsze i mogłyby być rozdzielone na wszystkich mieszkańców.

Rozprawa ta była wygłoszoną na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy rosyjskich w grudniu r. 1885. Towarzystwo uznało projekt i wniosek Dra Ekka za bardzo ważne i wybrało dla zastanowienia się nad niemi komisyję pod przewodnictwem Botkina. Komisyja dotychczas odbyła już kilka posiedzeń, na których uchwalono całą sprawę w drodze właściwéj przedstawić Ministerstwu spraw wewnętrznych. (*Międzynarodnaja Klinika* 1886, Nr. 3, 4). *N. Cybulski.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω. Prof. Mosler zaleca przeciw duszności **wstrzykiwania podskórne cocaini salicylici**. Autor przytacza obszerniéj trzy historyje choroby, na podstawie których głosi przekonanie, że jakkolwiek wstrzykiwania podskórne salicylanu kokainowego (po 0·04 *pro dosi*) nie leczą astmy, to przecież prędzéj niż inne leki usuwają napady i, jak się zdaje, wpływają także na zwiększenie czasu przerwy między napadami. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, Nr. 11).

○ **Odjęcie uda wśród znieczulenia kokainem.** W New-York Medical Journal z 20 lutego rb. Dr. Varick z New Jersey opisuje przypadek, w którym użył kokainu jako miejscowego środka znieczulającego przy odjęciu uda. Chorego 39 lat liczącego przyjęto do szpitala z powodu powikłanego złamania nogi. Próba zastósowania eteru sprawiła tak alarmujące przypady, że musiano od niéj odstąpić i prosić Dra Corninga, aby zastósował swoją metodę ograniczonych wstrzykiwań słabych rozczynów kokainu, gdy odejmowano nogę powyżéj stawu kolanowego. Otrzymano wynik bardzo pomyślny; przecinanie skóry i głębiéj położonych części miękkich nie sprawiało bólu, lecz w czasie przepiłowywania kości chory mocno się skarżył. Do znieczulenia użyto 1% rozczynu, do znieczulenia części głębszych rozczynu ½%, w opisie nie podano dokładniéj ilości rozczynów wstrzykniętych. Takie przypadki jak powyższy okazują, że w kokainie posiadamy cenny środek miejscowo znieczulający, a który w pewnych okolicznościach skutecznie zastąpić nam może ogólne znieczulenie w najcięższych nawet operacyjach chirurgicznych. (*The Lancet* 1886 I Nr. 12).

Ω. R. Lépine poleca **leczenie włóknistego zapalenia płuc za pomocą miąższowych wstrzykiwań sublimatu.** Wstrzykiwał on kilku chorym w 3—4 miejscach chorobowego zmienionego płuca po 3—4 ctm. sz. sublimatu w rozczynie 1:40,000. Wstrzykiwania robił głęboko długiemi igłami, aby uniknąć zranienia większych naczyń. Chorzy znosili dobrze te wstrzykiwania. Stan gorączkowy już po kilku dniach ustępował a rezolucyja szybko następowała. Tylko w miejscach, w których wstrzykiwań nie robiono, rzężenia utrzymywały się przez czas dłuższy. Autor działanie wstrzykiwań przypisuje wpływowi sublimatu na rozwój prątków zapalenia płuc (choć dawka sublimatu jest prawie homeopatyczną, bo wynosi $^1/_{10}$ mgrm.) i zachęca do dalszych doświadczeń w tym kierunku. (Odbitka z *Compt rend. de l'Acad. des sciences* 1885, 10/8).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie II z dnia 4 czerwca 1886 r.

Przewodniczący kol. prof. Korczyński.

Obecni Członkowie koll.: Cybulski, Gluziński, Jaworski, Mikulicz i Obaliński.

1. Podkomisyja wybrana na ostatniém posiedzeniu do spraw chirurgicznych proponuje, aby starać się o oddzielnych przedsiębiorców do fabrykacyi narzędzi chirurgicznych i do fabrykacyi przyrządów opatrunkowych, gdyż rozdział taki uważa jako najodpowiedniejszy. Co do opatrunków chirurgicznych uchwalono uprosić przewodniczącego, ażeby porozumiał się z kilkoma osobistościami znanemi i biegłemi w zawodzie chemicznym w celu założenia krajowéj fabryki opatrunków. Co do narzędzi chirurgicznych podkomisyja przedstawi swe wnioski na jedném z przyszłych posiedzeń.

2. Komisyja zgadza się z wnioskiem przewodniczącego, aby p. Ignacego Boehma zaprosić do podkomisyi obradującéj nad założeniem ogrodu aklimatyzacyjnego dla roślin lekarskich.

3. Przewodniczący zawiadamia, że komitet wystawy krajowéj, w skutek podania wniesionego przez niego, na posiedzeniu swojém w d. 18 maja uchwalił jako Vty dział wystawy utworzyć dział higijeniczno-lekarski i ratunkowy.

4. Przyjęto do wiadomości że kol. Murdziński podjął się referatu w sprawie krowianki krajowéj.

5. Kol. Jaworski zdaje sprawę ze zwiedzenia zakładu dla wód mineralnych sztucznych pp. Rzący i Chmurskiego oświadczając, że do otrzymania wód mineralnych używaną bywa woda przekroplona w osobnym parowym przyrządzie destylacyjnym, do wywiązania kw. węglowego używa się również odpowiedniego materyjału, bo magnezytu ze Żulina. Do czyszczenia tegoż gazu znajduje się dostateczna ilość przyrządów (5 opłuczek) jakotéż sączek walcowy napełniony węglem drzewnym; również w celu wydalenia powietrza przy napełnianiu flaszek, jakotéż syfonów wody sodowéj, znaleziono stosowne urządzenia. W ogóle zakład ten co do swego urządzenia jest w zupełnéj możności wyrabiania dobrych wód mineralnych i burzących. Komisyja przyjmuje z uznaniem dla pp. Rzący i Chmurskiego do wiadomości sprawozdanie to kol. Jaworskiego. Następnie uchwala Komisyja, aby wejść w porozumienie z tą fabryką, czyby nie podjęła się wyrabiać obok teraźniejszéj wody sodowéj, która w obec braku w Krakowie wodociągów nie może zupełnie odpowiadać wymogom ścisłéj higijeny, wody sodowéj higijenicznéj według wskazówek Komisyi. Załatwienie téj sprawy polecono kol. Jaworskiemu, jak niemniéj uproszono go do częstego i naprzód niezapowiadanego kontrolowania sposobów przyrządzania wód mineralnych sztucznych i wody sodowéj w zakładzie pp. Rzący i Chmurskiego.

6. Na wniosek kol. Gluzińskiego uchwalono prosić Tow. lek. krak., aby zezwoliło Komisyi w imieniu swojém wejść w bliższe porozumienie z Tow. lek. we Lwowie, Poznaniu, Warszawie i Wilnie prosząc je o poparcie i wskazówki w pracach Komisyi, a redakcyje pism lekarskich polskich uprosić o powtarzanie protokółów z posiedzeń Komisyi umieszczanych w Przeglądzie Lekarskim.

7. Uproszono koll. Korczyńskiego i Mikulicza, ażeby postarali się o cenniki zagraniczne przyrządów do pielęgnowania chorych służących a to w celu porównania cen ich z cenami przyrządów tych w kraju wyrabianych.

Doc. Dr. Gluziński, sekretarz.

VI. Zapiski kazuistyczne z zakładu sądowolekarskiego prof. E. Hofmanna w Wiedniu.

Podał **Dr. Schaitter.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

VIII. Jednego dnia zdarzyło mi się widzieć na stole sekcyjnym dwa przypadki, z których każdy z osobna przedstawiał wielkie podobieństwo do otrucia fosforem a po dokładném badaniu zdołano przekonać się, że ma się do czynienia zupełnie z czém inném.

Pierwszy z tych przypadków dotyczył mężczyzny lat 66 liczącego, który, jak wykazały wywiady, był połowiczo porażony po stronie prawéj od roku 1873. Od 7 miesięcy nie opuszczał łóżka, zresztą jednak ostatniemi czasy nie użalał się na żadne donioślejsze przypady. Zwłoki mężczyzny wysokiego wzrostu, nader wynędzniałego, skóra blada ze słabym odcieniem żółtawym. Błony śluzowe bardzo blade, powieki nieco opuchłe, odnogi dolne również, zwłaszcza około

kostek. Po stronie zewnętrznéj przedramienia lewego kilka sinych miejsc wielkości grochu, które po nacięciu okazują się jako wybroczyny podskórne, zawierające krew skrzepłą; podobne, jakkolwiek rozleglejsze, wybroczyny znajdują się pod skórą obu ud i podudzi, gdzie rozciągają się pręgowato aż ku piętom. W lewym dołku podkolanowym znajduje się takaż wybroczyna rozmiarów dłoni, przez skórę przeświecająca w sposób uderzający, a po przecięciu widać, że krew skrzepła zachodzi głęboko pomiędzy kruche i żółtawo zabarwione mięśnie uda. Dziąsła tak u góry, jakoteż u dołu sine i osunięte w znacznéj części z koron zębów, są nader kruche i z łatwością dają się palcem jeszcze daléj z zębów zesunąć. Na ciele nie widać nigdzie otarć ani śladów obrażenia. Powłoki czaszkowe miękkie nieco żółtawo zabarwione, mózg miękki, blady na przekroju, po obu stronach, w okolicy jądra soczewkowatego, ogniska otorbione, zawierające płyn bezbarwny, otoczenie ognisk tych rdzawe. Tętnice podstawowe o ścianach zgrubiałych. Serce duże, wiotkie z dosyć znacznym pokładem tłuszczowym. Zastawki i śródsierdzie po stronie lewéj wysepkowato zgrubiałe, toż samo błona wewnętrzna tętnicy głównéj. Obie połowy serca powiększone, mięsień gliniasto-żółty, nader kruchy. Płuca miernie surowiczo obrzękłe, wszędzie powietrzne. Wątroba w wysokim stopniu tłuszczowo zwyrodniała, śledziona mała, krucha, torebka jéj zgrubiała. Nerki również tłuszczowo zwyrodniałe, wiotkie. W dolnéj części jelita biodrowego tu i owdzie, w jelicie grubém wstępującém w grupach ustawione owrzodzenia wielkości grochu i większe o brzegach zatokowatych, o podstawie podbiegniętéj krwią skrzepłą w rozległości kilku cm. kw. Podobne, jakkolwiek mniejsze, podbiegnięcia widać w kilku miejscach pod błoną śluzową bez owrzodzeń.

Każdy przyzna, że w obec takiego rezultatu sekcyi, przy któréj spostrzega się żółtaczkę, bardzo znaczne stłuszczenie serca i wątroby a wreszcie liczne wybroczyny, musi nasunąć się myśl o otruciu fosforowém. W tym jednakże przypadku z inną sprawą miało się do czynienia: ze skorbutem, jak za tém przemawiają zmiany na dziąsłach daleko posunięte. Ta sama sprawa chorobowa może również wytłumaczyć owrzodzenia na tle wybroczyn, znalezione w jelitach, którychto owrzodzeń nigdy nie napotyka się w otruciu fosforowém—wreszcie, pomijając już brak przypadów za życia, i to przemawia przeciw otruciu fosforowemu, że w tym przypadku widzi się głównie system błon śluzowych dotknięty wybroczynami, których nigdzie nie ma pod błonami surowiczemi a i żołądek oprócz zmian przewlekle zapalnych nie przedstawiał obrazu właściwego otruciu fosforowemu.

W przypadku drugim zachodziło pozorne podobieństwo jeszcze większe z wspomnianém otruciem. Mężczyzna lat 49 liczący, przyniesiony na oddział chorób wewnętrznych w stanie nieprzytomnym, okazywał podwyższoną ciepłotę ciała, i nader liczne wybroczyny wielkości grochu na całéj skórze wzniesione, najmniéj na twarzy. W tym stanie umarł chory w ciągu następnéj nocy a przy zarządzonéj sekcyi okazało się co następuje:

Zwłoki mężczyzny bardzo dobrze zbudowanego pokryte wybroczynami już to wielkości grochu już też to mniejszemi, które zajmują przedewszystkiém skórę klatki piersiowéj, brzucha i odnóg, na twarzy wybroczyn tylko kilka, obie spojówki jednak podbiegnięte tak znacznie na całéj przestrzeni, iż pęcherzykowato wzniesione występują niejako ze szpary powiekowéj. Twarz zwłok okazuje liczne a zwłaszcza na nosie wydatne blizny poospowe. Śladów po szczepieniu nie widać na żadném ramieniu. Zresztą na zwłokach nie ma nigdzie śladu obrażenia. Powłoki czaszkowe okazują po stronie wewnętrznéj kilka wybroczyn pod skórą. Opony mózgowe jakoteż sam mózg nie przedstawiają nic uwagi godnego, w zatokach żylnych krew wiotko skrzepła. Wśród otwierania klatki piersiowéj i jamy brzusznéj widać liczne wybroczyny wśród mięśni piersiowych i prostych brzucha. Błona śluzowa przełyku i krtani mocno zaczerwieniona a po spłukaniu gęstego śluzu widać w przełyku i na fałdach języko-nagłośniowych kilka pęcherzyków wielkości soczewicy wypełnionych cieczą wodnistą, mętną. Płuca wolne, pod opłucnemi nader liczne wybroczyny, dochodzące rozmiarów bobu, toż samo w śródpiersiu tylném i u wnęk płuc obu surowiczo obrzękłych, lecz wszędzie powietrze zawierających. Wybroczyny w tych miejscach zlewają się prawie ze sobą. Osierdzie, w kilku miejscach ścięgnisto zgrubiałe, przedstawia kilka drobnych wybroczyn, komórki sercowe zawierają wiotkie skrzepy częściowo odbarwione, pod śródsierdziem komórki lewéj również kilka wybroczyn wielkości soczewicy. Mięsień sercowy gliniasty i kruchy, zastawki i tętnice główne bez zmian ważnych. Torebka wątroby w kilku miejscach krwią podbiegła, zwłaszcza całą okolicę więzadła wątrobowo-przeponowego zajmuje jedna rozległa wybroczyna. Miąższ wątroby w wysokim stopniu stłuszczony. Śledziona nieco powiększona, lecz na przekroju twarda. Żołądek zawiera nieco gęstéj śluzowéj treści obficie żółcią zabarwionéj. Krezka w kilku miejscach krwią podbiegnięta w miejscu przyczepienia jelit. Nerki również stłuszczone, w nerce lewéj rozległe podbiegnięcie zajmuje okolicę wnęki i miedniczki nerkowéj.

Dwie okoliczności w tym przypadku nie dozwoliły myśleć o otruciu fosforowém, a mianowicie: lokalizacyja wybroczyn widocznych przez skórę i ich rozmiary i pęcherzyki znalezione w przełyku i nad nagłośnią. Okoliczności wymienione usprawiedliwiły wątpliwe rozpoznanie szpitalne: *variola haemorrhagica*, co w tym przypadku o tyle jeszcze zadziwiać musiało, ile że na twarzy zmarłego były nader widoczne ślady ospy przebytéj. Wybroczyny skórne były mniejsze niż się je widzi zazwyczaj w przypadkach otrucia fosforem a jakkolwiek w niektórych miejscach zlewały się ze sobą, to jednak wszędzie było można rozpoznać, że wybroczyna większa powstała w skutek zlania się kilku lub kilkunastu małych. Co jednak ważniejsza, wybroczyny te znajdowały się w saméj skórze i w skutek tego były tak widoczne, według doświadczenia zaś występują one w otruciu w tkance podskórnéj a rzadko tylko zdarza się, ażeby na zwłokach świeżych były widoczne już na pierwszy rzut oka bez nacięcia skóry. Wreszcie nie było w tym przypadku żółtaczki, będącéj stałym objawem w otruciu fosforowém, skoro już przyszło do tak rozległych wybroczyn.

IX. Uważam za stósowne donieść tutaj przynajmniéj pokrótce o przypadku samobójstwa przez otrucie gazem świetlnym, które zdarzyło się podczas mojego pobytu w Wiedniu. Rzadki ten dotąd sposób odbierania sobie życia zaczyna od pewnego czasu wchodzić w modę, dawniéj był bowiem tamże nieznany. Pierwszy przypadek taki zdarzył się zeszłego roku i nabył pewnego rozgłosu z powodu okoliczności, które stały się przyczyną samobójstwa. Przed kilku miesiącami zdarzył się drugi taki sam przypadek. W mieszkaniu prywatném ujrzano wcześnie zrana leżące na korytarzu zwłoki dziewczyny pod świecznikiem gazowym ściennym, na którym była nasunięta rura gumelastyczna, używana za-

zwyczaj do lamp gazowych stołowych. Kurek gazowy był otwarty, a woń gazu dawała się uczuć w całéj téj sieni. Sekcyja zwłok wykazała obraz typowy otrucia tlenkiem węgla tego rodzaju, że się go zapewne nigdy więcéj uzupełnionym we wszystkich szczegółach widzieć nie może. Nadto jednak wykazano kilka wybroczyn pod spojówkami i pod błonami surowiczemi. Prof. Hofmann twierdzi, że wybroczyny takie widzi się najczęściéj w tych przypadkach otrucia tlenkiem węgla, w których ostatecznym niejako aktem było uduszenie, albo z powodu, że drogi oddechowe były zamknięte dla równoczesnego dopływu tlenu od zewnątrz, albo téż zamknięcie nastało za pomocą wymiocin, widywanych tak często u otrutych wymienionym gazem. Przypadku niniejszego nie można było zużytkować na poparcie tego twierdzenia, gdyż nie można było dowiedzieć się o szczegółach zajścia a mianowicie, czy rura gumelastyczna była wprowadzoną do ust a otwory nosowe zatkane, czy też rzecz miała się inaczéj.

X. W tym samym czasie brałem udział przy sekcyi zwłok płodu 8 miesięcznego wydobytego z łona matki za pomocą cięcia cesarskiego po śmierci téjże. Niestety śmierć matki zmarłéj z gruźlicy płuc spostrzeżono tak późno, że o przywróceniu dziecka do życia nie mogło być mowy, a lekarz, który dokonał cięcia cesarskiego, wcale nie czynił zabiegów w tym kierunku. To też przypadek ten zdawał się bardzo odpowiedni do podjęcia prób celem przekonania się, czy za pomocą sposobu Schultzego można płuca noworodka wypełnić powietrzem. Przed podjęciem prób przekonano się wypukiem, że płuca nie zawierają powietrza i że ani w okolicy żołądka, ani kiszek nie ma odgłosu wypukowego jawnego. Mając do téj pory pewną podstawę do przypuszczenia, że za pomocą sposobu Schultzego można powietrze wprowadzić do płuc, podjąłem szereg wahań, stosując się ściśle do opisu postępowania, podanego kilkakrotnie przez samego Schultzego i Rungego. W obec prof. Hofmanna i asystentów wykonałem 30 wahań, wśród których słychać było wyraźnie świst opisywany przez Rungego a smółka wydobywała się dosyć obficie, tak jak to podają zwolennicy téj metody postępowania. Badanie za pomocą wypuku dawało teraz rezultat ten sam, co przed wahaniami z tą różnicą, że odgłos wypukowy w y d a w a ł się z przodu po stronie lewéj nieco jawniejszy niż w innych okolicach klatki piersiowéj. Przy sekcyi, którą natychmiast wykonano, okazało się, że zaledwie mały skrawek płuca lewego był powietrzem wypełniony, ilość jednak tegoż była tak nieznaczna, że nie była w stanie sprowadzić pływania ani płuc w całości z sercem i tchawicą, ani nawet samego lewego płatu, który tonął, podczas gdy przybrzeżne a powietrzne pęcherzyki zwracały się ku górze. Zaledwie same jaśniéj zabarwione części płuca, wycięte ostrożnie nożyczkami, utrzymywały się na powierzchni wody. Reszta miąższu płuc miała wejrzenie płuca płodowego bezpowietrznego a przez rurkę wydąć ją można było całkowicie.

Próba ta wykonana na zwłokach noworodka, który był niewątpliwie odpowiednio dobrany na poparcie lub osłabienie teoryi Schultzego, dowodzi, że tym sposobem powietrze do płuc wprowadzić można, ale czyto jest tak łatwém, jak opisują autorowie, w to wątpić należy, a zdanie proff. H o f m a n n a i B l u m e n s t o k a, że sposób ten nie nadwyręża wcale stanowiska próby płucnéj i że ma raczéj znaczenie w teoryi aniżeli w praktyce, w zupełności potwierdzić należy. W tym przypadku wszystko przemawiało za tém, że śmierć nastała z utopienia się w wodzie płodowéj a jakkolwiek składników wody płodowéj nie poszukiwano w treści oskrzel, to jednak aspiracyja tego płynu była zapewne przyczyną, że płuca nie wypełniły się powietrzem w znaczniejszéj części miąższu, lecz tylko w bardzo ograniczoném miejscu, gdzie właśnie zapewne oskrzele pozostało drożném.

XI. Zajęcie słuchaczów prof. H. wzbudził w wysokim stopniu przypadek sekcyi kobiety lat 20 kilka liczącéj, którą przyjęto do szpitala z objawami zapalenia otrzewny. Chora ta nie podawała żadnych dat, któreby mogły rzucić światło na przyczynę jéj choroby. Już jednak lekarze szpitalni zauważyli objaw niezwykły, a mianowicie moczenie krwawe, które pojawiło się w pierwszym dniu pobytu w szpitalu, późniéj zaś ustąpiło. Dopiero sekcyja wykazała, że przyczyną zapalenia otrzewny było obrażenie pęcherza moczowego, prawie na samym jego szczycie. W miednicy małéj znaleziono znaczną ilość wypociny włóknikowo ropnéj, która pokrywała pętle kiszek a nawet otrzewnę ścienną. Wśród grubych złogów włóknika wykryto na otrzewnie pokrywającéj pęcherz moczowy ranę długości około 1 ctm. okrągławą, któréj brzegi równe były zlepione, obrzmiałe i częściowo wywinięte a otrzewna na około znacznie nastrzykana. Nie ulegało wątpliwości, że się miało do czynienia z obrzmieniem wywołaném przez wprowadzenie do pęcherza jakiegoś pręta długiego niepodatnego a cała sprawa wyjaśniła się, gdy w macicy rozmiarów pomarańczy spostrzeżono jajo płodowe dobrze rozwinięte. Wywiady czynione następnie wyjaśniły zajście tak, że dochodzenie sądowe wytoczone w tym przypadku musiało być zaniechane. W orzeczeniu swém wypowiedział prof. H., że denatka zmarła w skutek obrażenia mającego na celu spędzenie płodu, że obrażenie wywołane zostało przez wprowadzenie ciała obcego przez cewkę moczową do pęcherza a okoliczność ta przemawia z wielkiem podobieństwem do prawdy, iż zamachu dopuściła się sama nieboszczka. Rodzaju narzędzia użytego bliżéj oznaczyć nie było można, w każdym razie jednak musiało ono być grubsze niż drut od robienia pończoch, jakim posługują się od czasu do czasu kobiety celem sprowadzenia poronienia.

XII. W końcu zamierzam przynajmniéj kilku słowami wspomnieć o trzech przypadkach otrucia sinkiem potasu, które zdarzyły się równocześnie. Robotnik fabryczny lat około 40 liczący, oddany pijaństwu i z tego powodu bez zajęcia, postarał się o sinek potasu i rozczyn tegoż podał do picia dzieciom swoim podczas nieobecności żony a resztę rozczynu sam wychylił. Na trzeci dzień po tém zajściu poddano sekcyi troje zwłok, a mianowicie dziewczyny około 5 lat liczącéj, chłopca 3 letniego i ich ojca. Już z góry wiedziano, z czém się ma do czynienia, gdyż badanie chemiczne resztki płynu pozostałego w szklance przy samobójcy wykazało obecność sinku potasu. Zmiany znalezione przy sekcyi w żołądku były typowemi, najwybitniej wystąpiły one na zwłokach ojca a najmniéj widocznemi były na zwłokach najmłodszego dziecka. Woń charakterystyczna, opisywana tak często jako podobna do woni gorzkich migdałów, czuć się dawała dopiero po otwarciu żołądka, przy otwieraniu czaszki i mózgu nie mogłem spostrzedz żadnéj woni oprócz zwykłéj trupiéj, mimo że na to zwracałem uwagę. Również nie zauważył nikt z obecnych, jakoby plamy trupie miały być jaśniéj zabarwione niż to bywa zazwyczaj, na co już niejednokrotnie zwracali uwagę różni autorowie.

We wszystkich przypadkach otrucia sinkiem potasu, które miałem sposobność spostrzegać tak w zakładzie sąd. lek. krakowskim jakoteż w innych zakładach, zwracałem uwagę

na zabarwienie plam trupich, które zawsze w tych przypadkach znajdowałem o barwie zwykłéj. Jakkolwiek doświadczenie moje jest za małém, aby na téj podstawie wysnuwać wnioski, to jednak zmusza mnie ono do twierdzenia, że zabarwienie krwi jaśniejsze niż zwykle, o którém nawet prof. Hofmann wspomina, zdarza się stosunkowo bardzo rzadko i polega zapewne na łączeniu się HCy z hemoglobinem, jeżeli dawka trucizny była bardzo wielka.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Cholera** przekroczyła stanowczo granice państwa austryjackiego. Tym razem Węgry, zazdrosne o swoją samodzielność, nie mogą skarżyć się na upośledzenie, bo jednocześnie prawie choroba pojawiła się w Tryjeście i Rjece.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 13—19 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 20·2. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.): z róży 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy i 1 przypadku duru brzusznego. W tygodniu od 6—12 czerwca umarło z ospy: w Warszawie, Wiedniu, Brukseli i Zurychu po 1, w Pradze 5, w Paryżu 2, w Petersburgu 6, w Odesie 2. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie i Petersburgu po 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z cholery umarło w Wenecyi 134. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 21. Z odry umarło w Berlinie 13, w Wiedniu 11, w Paryżu 26, w Londynie 39, w Petersburgu 33. Z płonicy umarło w Petersburgu 17, w Hamburgu 11, w Paryżu 12. Z błonicy umarło w Berlinie 12, w Hamburgu 14, w Paryżu i Londynie po 20, w Petersburgu 17. Z krztuśca umarło w Paryżu 12, w Londynie 36.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 6—12 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,2; we Lwowie 31,3; w Drohobyczu 35,8; w Kołomyi 30,6: w Przemyślu 23,1; w Stanisławowie 25,5; w Tarnopolu 18,4; w Tarnowie 22,5; w Czerniowcach 28,6; w Warszawie 24,6; w Poznaniu 38,1; w Opawie 42,7; w Ołomuńcu 30,7; w Bernie 44,5; w Pradze 37,5; w Wiedniu 27,7; w Lincu 25,7; w Salcburgu 33,3; w Gracu 25,1; w Tryjeście 31,8; w Insbruku 40,3; w Budapeszcie 37,8; w Berlinie 28,8; we Wrocławiu 29,9; w Gdańsku 30,8; w Dreźnie 25,0; we Fryburgu 25,2; w Hamburgu 47,1; w Kolonii 31,3; w Lipsku 17,7; w Mnichowie 33,4; w Strasburgu 26,9; w Amsterdamie 23,3; w Brukseli 22,3; w Chrystyjanii 17,5; w Genewie 23,8; w Kopenhadze 25,0; w Londynie 16,0; w Odesie 39,3; w Paryżu 20,7; w Petersburgu 32,7; w Stokholmie 19,7; w Wenecyi 75,1; w Zurychu 24,3. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 czerwca. W sobotę d. 3 lipca r. b. postanowili uczniowie medycyny Uniw. Jagiell. uczcić owacyją prof. Teichmana z powodu 25-letniéj działalności jego jako profesora w Wydziale lekarskim. W szczególności odsłoniętym zostanie biust prof. Teichmana w sali wykładowéj zakładu anatomicznego, na umieszczenie którego udzielił pozwolenie Senat akademicki. W uroczystości oprócz uczniów medycyny a pierwotnych jéj inicyjatorów wezmą udział: Rektor U. J., dziekan Wydziału lek., delegaci Towarzystwa lekarzy galic. itd., Towarzystwa lek. krak.

Prof. Ludwik Teichman urodził się w Lublinie w roku 1823. Gimnazyjum ukończył w Radomiu w r. 1846. Pierwotnie uczęszczał przez 2 lata na teologiję w Dorpacie a studyja lekarskie rozpoczął dopiero w roku 1851 w Heidelbergu. Już w roku następnym otrzymał posadę prosektora przy zakładzie anatomii opisowéj w Getyndze i odtąd poświęcił się wyłącznie anatomii. Z tego okresu czasu datuje się odkrycie kryształków heminowych, które odrazu przysporzyło nazwisku jego wielkiego rozgłosu. Stopień doktora medycyny otrzymał w Getyndze w r. 1855 po obronieniu rozprawy inaug. pod tytułem: *Zur Lehre von den Ganglien.* (Göttingen, 1856, 8vo, str. 27 z 1 tabl.). Otrzymawszy stypendyjum Blumenbacha podjął podróż celem zwiedzenia najsławniejszych zakładów anatomicznych kontynentu. W r. 1859 otrzymał *veniam legendi* z anatomii opisowéj w uniwersytecie w Getyndze. Do Krakowa przybył prof. T. na wezwanie Wydziału lekarskiego w r. 1861 i wykładał po prof. Heschlu pierwotnie anatomiję patologiczną, a w r. 1868 po ustąpieniu zasłużonego prof Kozubowskiego dotąd nieprzerwanie wykłada anatomiję opisową.

Główną zasługą jubilata jest wydoskonalenie techniki anatomicznéj, a doszedłszy w tym względzie do mistrzostwa zdumiewał preparatami swojemi znawców na wystawach międzynarodowych w Paryżu i w Wiedniu, a w dowód sprawiedliwego uznania otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa i tytuł radzcy rządowego.

Dwukrotnie pełnił prof. T. obowiązki dziekana Wydziału lekarskiego a w r. 1877 był rektorem Uniw. Jagiell.

Przez cały czas działalności swéj wierny dewizie wypowiedzianéj w mowie rektorskiéj: że w naukach przyrodniczych jedynie praca sumienna i nieuprzedzona powinna kierować badaczem, poświęcił się nieznużenie technice anatomicznéj widząc w niéj najważniejszy środek do rozszerzenia spostrzeżeń dotąd poczynionych. To też prace naukowe w tym kierunku ogłoszone, z pośród których wymienić należy dzieło pod tytułem: *Das Saugadersystem vom anatomischen Standpunkte.* (Lipsk, 1861) zyskały w swoim czasie uznanie świata naukowego, którego wyraz napotyka się w licznych wzmiankach dzieł znakomitych Hyrtla, Luschki i innych anatomów.

Największą zasługą prof. T. jako członka Wydziału lek. było staranie koło wybudowania i urządzenia Zakładu anatomicznego w Krakowie, który głównie jego zabiegom powstanie swoje zawdzięcza. Tak sam budynek, jakotéż urządzenie jego, oraz wzorowo utrzymane a obfitujące w okazy muzeum anatomiczne mogłyby śmiało stanąć w rzędzie pierwszorzędnych zakładów zagranicznych tego rodzaju i stanowić będą przez długie lata chlubną pamiątkę działania profesora, wyłącznie swemu zawodowi poświęcającego się, i śmiało rzec można, większą część życia przepędzającego w ulubionym zakładzie.

Dawniéj członek Tow. Naukowego krakowskiego, od czasu przeistoczenia onego w Akademiję Umiejętności jest członkiem czynnym téj najwyższéj instytucyi naukowéj a od lat kilku jéj wiceprezesem.

* Dr. Bogusław Longchamps we Lwowie obchodził przed kilku dniami 50-letni jubileusz doktorski. Urodzony we Lwowie w r. 1807, potomek najdawniejszéj rodziny tameczněj mieszczańskiéj, uzyskał w Pradze czeskiéj dyplom doktorski w r. 1836 napisawszy rozprawę p. t. „*De cyanosi cardiaca*“; były wachmistrz w legii nadwiślańskiéj, od lat wielu lekarz miejski, cieszy się dotąd czerstwém zdrowiem i świeżością umysłu. Inicyjatywa do rzadkiéj a podniosłéj uroczystości wyszła od Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a jakiéj używa czci sędziwy jubilat wynika ztąd, że prezydent miasta w gronie kilkunastu radnych pojawił się w jego pomieszkaniu, dziękując mu imieniem miasta za 34-letnią gorliwą służbę i wręczając mu kwotę 1000 złr. jako skromny upominek; nadto Rada miejska uchwaliła, aby jubilat odtąd pobierał pełną emeryturę ze wszystkiemi dodatkami bez względu, czy zechce daléj pełnić obowiązki lekarza miejskiego lub nie. W poczcie licznych deputacyj przybyli i lekarze miejscy z fizykiem Drem Kosińskim na czele, oraz Dr. Merunowicz, który po stosownėm przemówieniu złożył z upoważnienia Tow. lekarskiego piękne album z fotografijami lekarzy, wreszcie p. Kochanowski wręczył adres od aptekarzy. Z dumą spoglądać może na żywot swój, kto zasłużył na takie uznanie ze strony kolegów i obywateli.

* Nieboszczyk król bawarski dawno już pochowany, a nie przestają zajmować się nim reprezentanci ludu bawarskiego, a nawet lekarze poza Bawaryją. Z uwagami nad jego chorobą i śmiercią spotykamy się ciągle jeszcze w dziennikach politycznych i lekarskich. W ostatnich dwóch numerach *W. med. Woch.* (wprawdzie tylko w osobnym dodatku) uważał za stosowne napisać formalny *Essay* o biednym królu profesor baron Mundy na podstawie szczegółów zaczerpniętych z dzienników politycznych; wielka szkoda, że wywody uczonego profesora nie zostały pomieszczone w felijetonie jednego z dzienników nielekarskich, gdzie znalazłyby odpowiedniejszych dla siebie czytelników i admiratorów, aniżeli w piśmie fachowém.

* W Iwoniczu do d. 20 czerwca było gości 349, w Cieplicach czeskich 2569. a w Szczawnicy 493.

* Dowiadujemy się, że doc. Jaworski z powodu przypadków familijnych w obecnym sezonie w Karlsbadzie praktykować nie będzie.

* **Wiedeń**. D. 28 czerwca wykonał Dr. Ullmann w klinice prof. Alberta pierwsze szczepienie ochronne przeciw wściekliźnie, pierwsze poza Paryżem. Zaszczepiono 13 osób ukąszonych przez zwierzęta wściekłe, a pochodzących z Galicyi, Siedmiogrodu, Czech, Morawy i Styryi. Jak wiadomo Dr. Ullmann niedawno temu powrócił z Paryża, gdzie zapoznał się z postępowaniem Pasteura.

* Rząd rosyjski przeznaczył 100,000 franków dla zakładu Pasteura.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Dziekanem na rok przyszły wybrany został prof. Ludwig. — **Berlin**. Prof. Helmholtz mianowany został wicekanclerzem orderu *pour le merite*. — Docent prywatny i fizyk obwodowy Dr. Fryderyk Falk mianowany został nadzw. profesorem. — **Praga**. Rektorem Uniw. niemieckiego na rok przyszły wybrany został prof. chirurgii Gussenbauer. — **Graz**. Rektorem uniwersytetu na rok przyszły wybrany prof. med. sądowéj Schauenstein.

* **Nekrologija**. W Petersburgu umarł Dr. Wilhelm Froebelius, urodzony tamże w r. 1812, uczeń Pirogowa, a później znakomity okulista.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 26: Heringa: Kwas mleczny, jako środek leczniczy przy owrzodzeniach gruźliczych, towarzyszących t. zw. suchotom krtani (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 26: Mayzla: Prof. Ludwik Teichman; Malinowskiego: Kilka uwag o malaryi i o patognostyczném znaczeniu powiększenia śledziony u dzieci; Fabiana: Rozbiór chemiczny cybilsu stałego; Szadka: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (c. d.). — W *Przeglądzie Weterynarskim* Nr. 7: Boczkowskiego: Liszaj wyłysiający; Wiktora: O leczeniu tylczaka (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. S. S. ZALESKI (w Dorpacie): Badania nad żelazem wątroby. (Odbitka z „Gazety Lek.“) Warszawa 1886, in 8vo str. 8.

Dr. KÖHLER (w Poznaniu): Zwei Fälle von Heufieber. (Odbitka z „Berl. klin. Woch.“ 1886) in 8vo str. 3. (Przypadki te były ogłoszone w Przegl. Lek.)

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 7 b. m. o godzinie 6téj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) prof. Browicz mówić będzie o wrzodach części pochwowéj macicy i pochwy, poczém 2) kol. Prus będzie miał rzecz o wykrytych przez siebie nerwikach nerwów i przedstawi odpowiednie preparaty drobnowidowe.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.